
AUTORIZACION PARA REVELER EXPEDIENTS MEDICOS

Attn. Medical Records

Mande los expedients: TO Dr. Barbera, Dr. Tomlinson & Dr. Catron
 FROM Dr. Barbera, Dr. Tomlinson & Dr. Catron

Nombre del proveedor de salud _____ Telefono _____

Direccion: _____ Fax _____

Cuales expedients para mandar Informe Completo OB Informe GYN Informe
 Informe de laboratorio Informe de ultrasonido
 Fecha (s) de _____ a _____
 Otro (favor de especificar) _____

**Incluya cualquier: expediente tocante estudios y tratamiento de*

communicable disease HIV Neither

Razon para mandar Uso Personal Compartir con otros proveedores
 Cambio de domicilio Cambio de Medico
 Inhabilidad Tramites de seguro
 Motivos Legales Otro _____

*Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento con la excepcion de la informacion que ya haya sido divulgada basado en esta autorizacion. Entiendo que los expedients recibidos de otros proveedores no seran divulgados. Ademas entiendo que puede haber un cobro por los expedients divulgados al paciente o a otro proveedor que no sea para la salud medica y que el cobro tiene que ser pagada antes de que los expedients sean divulgados. A cumplir el proposito indicado en esto, este consentimiento se explara un ano de la fecha de la firme.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Firme: _____ Fecha: _____

Relacion a la paciente: Paciente Otro (favor de especificar): _____

Informacion General: Los expedients normalmente estan listos dentro de 7 a 10 dias de negocio. Favor de llenar esta forma completamente. Si dejà alguna pregunta en blanco puede dilatar la divulgacion de sus expedients. Esta comunicacion es para ser utilizado por el receptor o la persona indicada y contiene informacion que puede ser privilegiada o confidencial de acuerdo a la ley aplicable.