

---

## 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 déja 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.