

Susan Fox, D.O.
F.A.C.O.O.G.



Natalya Medrano, M.D.
F.A.C.O.O.G.

Office: (305) 595-6488

Susan Fox, DO, FACOOG
Laura Briz, ARNP
Natalya Medrano, MD, FACOG

Fax: (305) 595-3532

FORMULARIO DE LIBERACIÓN MÉDICA

Yo, el firmante, le autorizo que provee la entrega de expedientes médicos a Dr. Susan Fox's Center for Women, reconozco que los expedientes médicos pueden contener documentación con relación a la naturaleza del HIV o SIDA u otro tipo de información psiquiátrica.

INFORMACION DEL PACIENTE:

Nombre Completo: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Seguro Social: ____-____-____

Teléfono: ____-____-____

INFORMACION A PETICION DE

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: ____-____-____

Fax: ____-____-____

PARA USO:

Personal

Propósito Legal

Compañía del Seguro

Cuidado Medico

Otros: _____

DETERMINE EL TIPO DE INFORMACION QUE DESEA REVELAR:

Consultas

Informe de Alta

Laboratorios

Autorización Verbal

Historia/Física

EKG

Notas de Progreso

Informe de Consulta Externa

Informe de radiología

Informe de Patología

Resultados de HIV

Todos los Registros Médicos

Otros: _____

He sido informado que pueden haber ventajas o desventajas al revelar esta información. Esta autorización es válida por 90 días a partir de la Fecha de la firma o a partir de la fecha de terminación del tratamiento o cualquiera que se ha hecho después, a menos que de otra manera sea revocada por mí en escrito antes de ese tiempo. Entiendo que su política requiere el pago de \$1.00 por copia de cada página de los expediente médicos. Si los expedientes se envían a un médico o a otra facilidad médica, no habrá cargo de honorario por las copias. Requerimos un mínimo de 72 horas para procesar la petición.

Firma del Paciente: _____

Nombre del Padre o Encargado: _____

Testigo: _____

Firma del Padre o Encargado: _____

Fecha: ____/____/____

Relación al Paciente: _____