

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA

Yo he firmado y autorizo la divulgación de mis registros médicos al Center For Women's Health & Wellness, reconociendo que estos Registros Médicos pueden contener documentación de naturaleza que incluya condiciones relacionadas con VIH, SIDA o información psiquiátrica.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Número de Seguro Social: ____-____-____

Teléfono: ____-____-____

INFORMACIÓN A SOLICITAR DE

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: ____-____-____

Fax: ____-____-____

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:

- ☐ Uso personal ☐ Propósito legal ☐ Atención médica ☐ Propósito de seguro
☐ Otro: _____

MARQUE LA(S) CASILLA(S) CORRESPONDIENTE AL TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE DESEA DIVULGAR:

- ☐ Consulta ☐ Resumen de alta ☐ Informe de laboratorio ☐ Información verbal liberada
☐ Historial/Físico ☐ EKG ☐ Notas de progreso ☐ Informes ambulatorios
☐ Informes de radiología ☐ Informe de patología ☐ Resultados de VIH ☐ Todos los registros
☐ Otro: _____

He sido informado/a de que puede haber beneficios o desventajas al liberar esta información. Esta autorización será válida por 90 días a partir de la fecha de firma o desde la fecha de finalización del tratamiento, lo que ocurra más tarde, a menos que sea revocada expresamente por mí por escrito antes de ese tiempo. Entiendo que su política requiere el pago de \$1.00 por página como tarifa de copiado de los registros médicos. Si los registros se envían por correo a un médico u otra instalación médica, se cobrará la tarifa de copiado. Requerimos un mínimo de 72 horas para procesar cualquier solicitud.

Center For
**WOMEN'S HEALTH
& WELLNESS**

Patricia Ristic, M.D., F.A.C.O.G.
Susan Fox, D.O., F.A.C.O.O.G.
Darren Salinger, M.D., F.A.C.O.G.
Tiffany Leon, MSN, APRN, FNP-BC
Diana Zambrana, MSN, APRN, FNP-BC
Nelly Maurant Grass, MSN, APRN, FNP-BC

Firma del paciente: _____

Testigo: _____

Fecha: ____/____/____

Nombre del tutor legal: _____

Firma del tutor legal: _____

Relación con el paciente: _____