

S. Reed Shimamoto, MD • Neal Jain, MD

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Información del Paciente (letra de imprenta):

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Firma: _____ Fecha: _____

_____ Fecha: _____

El padre o tutor firma: (si el paciente es menor de 18 años)

Solicite registros desde el siguiente el médico:

Por favor divulgar mis antecedentes a la siguiente el médico:

Doctor: _____

Número de teléfono: _____ Fax: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Y

Doctor: _____

Número de teléfono: _____ Fax: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Registros para ser liberados o solicitados:

_____ resultados de pruebas de alergia, análisis de laboratorio, reportes de radiología

_____ todo el expediente

_____ solo lo siguiente: _____