

## **Autorización para divulgar al cliente sus registros médicos**

Necesitamos su permiso para divulgar cualquier registro que tengamos en nuestras instalaciones. Al firmar este formulario, usted autoriza a Chicago Women's Health Center a divulgarle sus registros médicos. Deberá llenar un formulario distinto para divulgar sus registros a terceras personas.

- **Esta autorización tiene validez permanente.**
- **Sus registros o los resultados de sus pruebas sólo se le enviarán a usted si los solicita.**
- **El correo electrónico no es un método seguro para enviar información médica protegida. Únicamente nos comunicaremos con usted mediante correo electrónico si nos autoriza a hacerlo en la sección abajo.**
- **Si usted solicita que los registros se envíen a una dirección (correo postal, correo electrónico o fax) distinta a la que se indica abajo o a la que figura en su historial médico más reciente, deberá presentar un formulario con información actualizada.**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
Calle No. de apt. Ciudad Estado Código postal

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Autorizo a que se me divulguen mis registros a través de los siguientes métodos (coloque sus iniciales junto a los que correspondan):**

- \_\_\_\_\_ **En persona**  
\_\_\_\_\_ **Por correo postal**  
\_\_\_\_\_ **Por fax**  
\_\_\_\_\_ **Por correo electrónico**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_