

Autorización para divulgar registros médicos

Este formulario nos permite enviar sus registros a otro proveedor o persona.

Fecha: _____

Nombre del cliente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Autorizo a Chicago Women's Health Center a divulgar los siguientes documentos:

Reportes de laboratorio específicos: _____

Todos los reportes de laboratorio

Notas de consulta específicas: _____

Historial médico completo

Otro: _____

Fecha(s) de los registros que deberán divulgarse: _____ hasta _____

Los registros se divulgarán a:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono y fax: _____

(Es importante incluir tanta información de contacto como sea posible, en particular el nombre y número de teléfono del proveedor.)

- Entiendo que esta autorización será válida desde _____ (fecha) hasta _____ (fecha), si bien podré revocarla por escrito en cualquier momento; dicha revocación no tendrá efecto alguno sobre la información divulgada con anterioridad.
- Entiendo que tengo derecho a revisar y realizar copias de la información que se divulgará.
- Entiendo que la información divulgada no podrá divulgarse nuevamente a ninguna otra persona u organización sin mi consentimiento por escrito.

Firma: _____ **Fecha:** _____