

LiveWell

MEDICAL CLINIC

343 El Camino Real, Suite 1, South San Francisco, CA 94080

P.650.873.3338 F.650.873.3308

AUTORIZACION PARA LA TRANSFERENCIA DE REGISTROS MEDICOS **(AUTHORIZATION FOR TRANSFER OF MEDICAL RECORDS)**

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____

*Yo autorizo a (nombre de quien se está pidiendo registros) _____ para divulgar información específicamente por la siguiente razón (es): _____

Las copias de los registros o la información médica dentro de las siguientes fechas: _____ a _____

Registros médicos Registros de vacunas

NOTA: Los Registros Médicos pueden incluir la divulgación de información relacionada con la salud mental, alcohol / drogas, y las referencias del VIH contenida en esos registros como parte de la presente autorización. Los registros están especialmente protegidos y no serán divulgados a menos que usted firme abajo:

→ Firma: _____

Las primeras 9 páginas de registros médicos son gratuitos, como cortesía a nuestros pacientes. Sin embargo, si el documento requiere 10 o más páginas, se requiere una tarifa plana de 30 dólares.

*Nombre (A quien se le entregara): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono : _____ Número de fax: _____

Tipo: Electrónico Papel **Preferencia de entrega:** Fax Correo Recoger

DURACION: Esta autorización entrará en efectivo de inmediato y permanecerá vigente a menos que aquí se **especifique una fecha** _____.

REVOCACIÓN: Esta autorización está sujeta a revocación por escrito por mí en cualquier momento. La revocación por escrito será efectiva desde la recepción, excepto en la medida en que la parte reveladora o que otros han actuado basados en la autorización.

DIVULGACION: Yo entiendo que el receptor no puede usar legalmente más o divulgar la información médica a menos que obtenga otra autorización mía o a menos que tal uso o divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

Una copia de esta forma se puede dar bajo petición.

*Fecha: _____ Firma: _____

Si la forma fue firmada por alguien que no sea el paciente, indique Nombre/relación: _____ / (_____)