

# 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 (Pt Name): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (DOB): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de Madre (Mother's Name): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (Mother's DOB): \_\_\_\_\_

\*Yo autorizo a \_\_\_\_\_ para divulgar información específicamente para  
\*la siguiente razón (es): \_\_\_\_\_

**Las copias de los registros o la información médica dentro de las siguientes fechas:** \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

- Registros de hospital y de consultorio médico     Registros médicos de oficina     Registros de Hospital  
 Rollo de radiografía     Resultados de laboratorio     Registros de vacunas     Registros de consulta  
 Registros limitados específicamente a un doctor: \_\_\_\_\_     Otro \_\_\_\_\_

NOTA: Los Registros Médicos del Hospital y de la Oficina, 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 de tratamiento actuales para la salud mental y / o alcohol / drogas, y / o pruebas de anticuerpos del VIH están especialmente protegidos y no serán divulgados a menos que firme abajo:

Registros de salud mental → Firma: \_\_\_\_\_

Registros de dependencia de Alcohol/Drogas → Firma: \_\_\_\_\_

Resultados de la prueba de anticuerpos contra el VIH/Sida → 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.*

\* \_\_\_\_\_ Puede divulgar esta información al siguiente:

\*Nombre (A quien se le entregara): LiveWell Medical Clinic

Dirección: 343 El Camino Real, Suite 1 Ciudad: South San Francisco Estado: CA Código Postal: 94080

Número de teléfono: (650) 873-3338 Número de fax: (650) 873-3308

**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** \_\_\_\_\_.

**REVOCACION:** 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: \_\_\_\_\_ / (\_\_\_\_\_)