

AUTORIZACION PARA ENTREGAR ARCHIVOS MEDICOS

FECHA: _____

Con la presente les autorizo a enviar, divulgar, y a entregar en parte o totalmente, toda la informacion concerniente a mi expediente médico, por la atención medica recibida, incluyendo, pero no limitado a, diagnósticos, rayos-x, interpretación de los rayos-x, termogramas, pruebas patologicas y del laboratorio, historia medica obtenida, reportes médicos de exámenes físicos (ambos dentro y fuera del hospital o clinica), cartas medicas y notas, terapia y otras notas, reportes pre-operativos, reportes de rehabilitación física, reportes del quiropráctico, y los cargos por todos o parte de los servicios. Este documento cubre la entrega de todos los expedientes relacionados con salud mental, incluyendo expedientes relacionados con tratamientos psicologicos, tratamientos siquiátricos, y/o tratamientos por abuso de drogas sujeto al Acuerdo Lanterman-Petris-Short, y/o a las Regulaciones Federales para el abuso del Alcohol y Las Drogas. Este documento se extiende y cubre la entrega de todos los expedientes que contienen información relacionada al diagnóstico y/o tratamiento del virus VHI (SIDA); y a todas las otras enfermedades transmitidas sexualmente..

NOMBRE: _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

NUMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR: _____

Esta autorizacion permanecerá valida hasta que la demanda se decida o se cierre.

Una fotocopia de esta AUTORIZACION se considerará como la original.

Firma

Fecha de la firma.

ENTREGUE LOS DOCUMENTOS A NUESTRO REPERESANTANTE AUTORIZADO
O ENVIELOS POR CORREO A: _____

ATTN: _____