Formulario de liberación de registros médicos

Nombre del paciente: _____

SSN: _____ _____

Por la presente solicito que mis registros médicos sean divulgados y enviados a:

Centro Médico Familiar Olive Branch

9075 Sandidge Center Cove

Rama de olivo, MS 38654

Tel:662-895-4949

Fax: 662-895-6776

Solicitud de:

Nombre del Médico o Institución: _____

Dirección: _____

Tel: _____

Información que se divulgará de los últimos dos años:

- ❑ Notas de Office
- ❑ Informes de radiología
- ❑ Resultado de laboratorio
- ❑ Informes de Psicología

Si no desea que se publiquen ciertas partes de sus registros médicos, marque las casillas de la información que no desea que se divulgue.

- ❑ Abuso
- ❑ SIDA/VIH
- ❑ Informes de Psicología

Si esta autorización no ha sido revocada, terminará automáticamente en el plazo de un año.
Por la presente autorizo la divulgación de mi información de salud como se describe anteriormente.

_____ _____

Firma del paciente o representante autorizado