



Women's Clinic and Family Counseling Center
11500 West Olympic Blvd, Ste 422
Los Angeles, CA 90064

Telephone:
310 479-7100

Fax: 310 479-7144

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

POR FAVOR DE IMPRIMIR

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

TELEFONO DE CASA: _____ CELULAR: _____ FAX: _____

Yo, (Imprima Su Nombre) _____, autorizo a Women's Clinic el permiso de proporcionar mi información medica (PHI) a:

Nombre de Nuevo Proveedor: _____

Direccion: _____

Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____

Registros Medicos seran distribuidos via: (marque la linea apropiada)

Presentados a Mi

Fax (incluye el numero de fax, si no es el suyo) _____

Correo (incluye la direccion, si no es el suyo) _____

(La opción de enviar su informacion medica a través de correo electrónico no esta disponible.)

EL PROPÓSITO DE ESTA DIVULGACIÓN ES (marque una o más)

Solicitado por el paciente o el representante del paciente

Otro motivo (explique la razón) _____

Iniciales del Paciente o Representante Legal _____

AVISO: Por ley, Women's Clinic y otras organizaciones e individuos, por ejemplo, los médicos, hospitales y planes de salud, están obligados a mantener la confidencialidad de su información médica protegida.

Si usted autorizó la divulgación de ésta a alguien que no está obligado por ley a mantenerla confidencial, puede que dicha información ya no se encuentre protegida por las leyes estatales o federales de confidencialidad.

Signature of Patient

Signature of Medical Records Personnel

Date

Date Sent