

Información del Paciente

\$ 15.00 Fee Paid

Employee Intl

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento del paciente: Teléfono:

Dirección del paciente:

Autorizo a Central Coast Med Plus para liberar mi/o el historial médico del paciente, las enfermedades o lesiones, consultas, recetas, tratamiento, diagnóstico o pronóstico, incluidos los rayos x, la correspondencia y/o registros médicos, incluidos los de mis otros proveedores de cuidados de salud que los mencionados médico puede sostener, por medio de fax, correo electrónico u otros métodos.

Esta autorización es de:

Unlimited (todos los registros, excepto el abuso de sustancias, la salud mental, el diagnóstico de VIH/Tratamiento)

Limitada a la siguiente información médica LABS X-RAY CONSULTAS
OTROS

Yo también doi consentimiento a la versión específica de los siguientes registros:

Drogas/alcohol y abuso de sustancias de (inicial) Del diagnóstico de VIH/tratamiento (inicial)

De psiquiatría/Salud Mental (inicial) Información Genética (inicial) (inicial)

De Las pruebas para la detección de anticuerpos al VIH (inicial) Visitas De Self-Paid (inicial)

Versión A:

Nombre

Dirección Ciudad Estado Código Postal

Telefono Fax

Duración: La presente autorización será efectiva inmediatamente y permanecer en vigor durante 120 días desde la fecha en que se firmó.

Las restricciones: de permisos para un futuro uso o revelación de esta información médica no se concede a menos que otra autorización se obtiene de mí o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerido o permitido por la ley.

Una fotocopia o facsímile de esta autorización será considerada efectiva y válida como el original.

Firma del paciente o representante legal/personal Relación si es distinto del paciente

Nombre del paciente o legal/representante personal Fecha

Testimonio Firma Nombre testimonio (Imprimir)