AUTORIZACION PARA ENVIO DE INFORMACION MEDICA A ESTA OFICINA

FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE Y LLENAR COMPLETAMENTE!!

Nombre del Paciente: _____ _____ _____
Apellido Nombre
Segundo Nombre

Dirección: _____ _____ _____
Calle Ciudad Código Postal

Número De Teléfono Del Hogar: _____ Celular: _____Trabajo: _____

de Seguro Social: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Yo Autorizo a: ** ES NECESARIO tener la dirreción O númerode teléfono **

Doctor/Hospital: _____

Dirección De Calle: _____

Número de teléfono: _____ # de Fax: _____

PARA ENVIO DE INFORMACION A:

WINTER PARK FAMILY HEALTH CENTER
DR. Rahn Shaw / Dr. Ronald Stanish / Kelly O'Sullivan-Stobbe P.A.-C, MS
2950 Aloma Avenue Suite 100
Winter Park, Florida 32792
Telefono (407) 679-9222 Fax (407) 679-9061

Lista de Información disponible para envío. Favor marque para especificar que información quisiera enviar a esta oficina.

Laboratorios_____ Tratamiento De HIV_____ Tratamiento De Alcohol / Drogas_____
Historial Y Fisico_____ Los Records Completos Del Médico_____
Records de Hospitalización _____ Otros_____

Entiendo que un cargo razonable podria ser cargado al paciente por copias de record del médico. Entiendo que este acuerdo podría ser cancelado en cualquier momento con notificación escrita. La notificación escrita no tendrá efecto en el futuro de records que podrían haber sido enviados antes de recibir la notificación escrita. Esta autorización seguirá en efecto no más de 90 días. Personas pidiendo records aceptan no hacer a otros responsables de daños por información enviada en buena fe. La persona que recibe esto: la información dada es confidencial. Cualquier otra información es prohibida sin permiso escrito del paciente.

Firma Del Paciente: _____ Fecha: _____
Persona Responsable Legalmente, Relación: _____
Firma De Testigo: _____ Fecha: _____