

## Autorización para Obtener Expedients Medicos

Nombre del Paciente		Fecha de Nacimiento:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Otros nombres utilizados:		Teléfono:

Por la presente autorizo la divulgación de la información médica del paciente mencionado:

De:	Para: OB/GYN Associates (dba <b>OGA</b> )
	3520 E. Louise Dr.
	Meridian, ID 83642
	ph: 208-888-0909 fax: 208-888-5825
	email: mr@ogaidaho.com

Fecha aproximada del servicio **De:** \_\_\_\_\_ **Hasta:** \_\_\_\_\_

Reason for request: \_\_\_\_\_

Razon por el pedido de informacion medica:

<input type="checkbox"/> Laboratorio	<input type="checkbox"/> Registro Prenatales:	<input type="checkbox"/> Notas Operativas
<input type="checkbox"/> Patología	<input type="checkbox"/> Notas de progreso	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Imágenes	<input type="checkbox"/> Notas de parto	<input type="checkbox"/> Todos los registros

**Registros adicionales: El paciente debe colocar sus iniciales en cada categoría para que sea válido.**

<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Diagnosticó de SIDA	<input type="checkbox"/> Psiquiátrico/Salud Mental
<input type="checkbox"/> Abuso de drogas	<input type="checkbox"/> Pruebas del VIH	<input type="checkbox"/> Otro: _____

*Por la presente, doy mi consentimiento para la divulgacion de la informacion mencionada anteriormente obtenida durante el curso de mi diagnostico y tratamiento. Esta autorizacion es valida por 6 meses a partir de la fecha de la firma, a menos que sea revocada previamente por escrito. Cualquier nueva divulgacion de la informacion obtenida con esta autorizacion esta prohibida. El formulario es invalido sin firma. Esta autorizacion es solo para la atencion recibida en OGA. Los registros de atencion recibida fuera de OGA deberan ser especificados por el paciente o las instalaciones/clinicas correspondientes.*

Imprimir nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Padre o Guardian (si paciente es menor): \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Los formularios pueden enviarse por fax (208-888-5825) o correo electronico (mr@ogaidaho.com) or correo

Staff signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Scanned to med recs date: \_\_\_\_\_ Faxed date: \_\_\_\_\_