

Autorización para la Divulgación de Expedients Médicos

| | | |
|---------------------------|----------------------|----------------|
| 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: | OB/GYN Associates (dba OGA) | A: | |
| | 3520 E. Louise Drive | | |
| | Meridian, ID 83642 | | |
| | ph: 208-888-0909 fax: 208-888-5825 | | |
| | correo electronico: mr@ogaidaho.com | | |

Fecha aproximada del servicio De: _____ A: _____

Razon por el pedido de informacion medica: _____

Registros solicitados:

| | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <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 Medical Records: | Faxed: |