



FORMA DE CONSENTIMIENTO

ALIVIO MEDICAL CENTER UBICACIÓN
QUÉ EXPEDIENTE MÉDICO SE SOLICITA _____

FECHA

MED REC # / PID #

INFORMACION DE PACIENTE

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

TELEFONO

REASON FOR REQUEST

- PERSONAL
 CONTINUACION DE TRATAMIENTO
 LEGAL

ENVIAR A

PERSONA/INSTITUCION

DIRECCION

CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL

TELEFONO

FAX

SOLICITAR DE

PERSONA/INSTITUCION

DIRECCION

CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL

TELEFONO

FAX

ESPECIFIQUE CON (X) LA INFORMACION QUE SOLICITA

FECHAS DE SERVICIO: A

- EXPEDIENTE COMPLETO
 HISTORIA Y FISICOS
 NOTAS PRENATALES
 TARGETA DE VACUNAS
 RAYOS-X, ULTRASONIDOS (XRAY, US)
 LABORATORIOS
 NOTAS DE DOCTOR
 OTRO (ESPECIFIQUE) _____

PERMISOS ESPECIALES

(Apunta sus iniciales. Iniciales en estos espacios autoriza Centro Medico Alivio a divulgar esta information)

- HIV & STD STATUS (ESTATUS, NOTAS) INICIAL: _____
 AYUDA MENTAL O ABUSO INICIAL: _____

Yo entiendo que mi autorizacion es voluntaria y que yo puedo negarme para firmar esta autorizacion. Solamente que sea permitido por la ley. Al yo negarme a firmar no me afecta a recibir tratamiento medico, recibir pagos o ser elegible para beneficios. Yo entiendo que la informacion que you autorizo a una persona o institucion se puede divulgar y no sera protegida por las reglas privadas federales. Yo entiendo que yo puedo revocar este consentimiento por escrito mientras la solicitud no sea realizada antes de tiempo y esta autorizacion es obtenida con la condicion de obtener cubrimiento de aseguranza, otras leyes proven a la aseguranza con el derecho de contender y reclamar debajo de la poliza o la misma poliza. Este consentimiento expirara seis (6) meses de la fecha firmada; a menos que especifcare de otro modo. Fecha especificada: ____/____/____

PERSONA QUIEN ESTA AUTORIZANDO LA TRANSFERENCIA DEL EXPEDIENTE

NOMBRE

FIRMA

TESTIGO

PARENTESCO

FECHA EN QUE SE DIO PERMISO

FECHA EN QUE TESTIFICO