



2451 Cumberland Parkway, Suite 3535

Atlanta, GA 30339

Teléfono de la oficina : 770-434-0042 Fax de la oficina: 888-501-4110

Autorización para la divulgación de información

Nombre del paciente: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ Últimos 4 dígitos del SSN: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono de día: _____ Correo electrónico: _____

Motivo de la divulgación: _____

Autorizo al siguiente centro/médico a divulgar mis registros:

Name: _____

Dirección: _____

Por favor, divulgue los siguientes elementos anotados a continuación de mi expediente médico:

___ Notas de progreso ___ Informes de radiología/Ultrasonido ___ Historia clínica completa
___ Resultados de laboratorio ___ Informe operativo ___ Otros _____

Parte receptora y método de entrega ___ Correo (Complete la información a continuación) ___ Correo electrónico (Rellene la información anterior)
___ Fax (necesario para solicitudes de atención continuada.)

Name: _____

Dirección: _____

Fax #: _____ **Necesario si va a otro Doctor.

Costos por copias personales:	1-15 páginas: \$5.00 más gastos de envío	16-50 páginas: \$25.00 más gastos de envío
	51-100 páginas: \$35.00 más gastos de envío	101+ páginas: \$50 más gastos de envío.

___ Entiendo que se puede incurrir en un cargo por la copia de los registros médicos.

___ Entiendo que esta autorización incluirá cualquier expediente médico incluyendo los expedientes de VIH, expedientes psiquiátricos o de abuso de alcohol y cualquier otra enfermedad protegida por la ley a menos que se indique lo contrario. Esta autorización y consentimiento expirarán 60 días después de la fecha firmada. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento en la medida en que se hayan tomado previamente medidas en virtud de la misma.
(Por favor, marque ambas para confirmar).

Firma: _____ Fecha: _____