

AUTORIZACIÓN PARA EL SUMINISTRO DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Por la presente autorizo a _____ para suministrar los registros médicos a: **Best Care Family Health Center 4220 South 27t, Suite 200-201. Milwaukee, WI 53221. Teléfono 414-282-5810 Fax 414-282-5468**
E-mail: bcp@bestcareped.com

Puede que esta incluya información psiquiátrica, psicológica, alcoholismo, abuso de sustancias y/o documentos sobre el VIH que son mantenidos por esta institución:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Todo (2 años a menos que se especifique lo contrario) | <input type="checkbox"/> Notas operativas | <input type="checkbox"/> Notas de progreso de ____ a ____ |
| <input type="checkbox"/> Historia y físico | <input type="checkbox"/> Resumen de salidas de alta | <input type="checkbox"/> Rayos X de ____ a ____ |
| <input type="checkbox"/> Registros del recién nacido | <input type="checkbox"/> Registros de inmunización | <input type="checkbox"/> Visita ED en _____ |
| <input type="checkbox"/> Registros prenatales | <input type="checkbox"/> Laboratorios de ____ a ____ | |

La información será usada o expuesta para llevar a cabo el tratamiento, pago y/o operaciones del cuidado de salud de parte de Best Care Family Health Center en el siguiente modo:

- Cuidado continuo Cargo de aseguranza Otro

La información estará en vigencia y efectiva por un año después de la firma de la fecha, a menos que otra fecha se haya especificado. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito, en cualquier momento, enviando la notificación a _____

Fecha _____
Firma del paciente (firmar si es mayor de 14 años de edad)

Fecha _____
Padre o tutor legal/ Relación con el paciente

Fecha _____
Testigo