

AUTORIZACION PARA ENVIO DE INFORMACION MEDICA A ESTA OFICINA
FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE Y LLENAR COMPLETAMENTE!!

Nombre del Paciente: _____
Apellido Nombre

Segundo Nombre

Dirección: _____
Calle Ciudad Código Postal

Número De Teléfono Del Hogar: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

de Seguro Social: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Yo Autorizo a: ** ES NECESARIO tener la dirección O número de teléfono **

Doctor/Hospital: _____

Dirección De Calle: _____

Número de teléfono: _____ # de Fax: _____

PARA ENVIO DE INFORMACION A:

WINTER PARK FAMILY HEALTH CENTER
DR. Rahn Shaw / Dr. Ronald Stanish / Kelly O'Sullivan-Stobbe P.A.-C, MS
2950 Aloma Avenue Suite 100
Winter Park, Florida 32792

Telefono (407) 679-9222 Fax (407) 679-9061

Lista de Información disponible para envío. Favor marque para especificar que información quisiera enviar a esta oficina.

Laboratorios _____ Tratamiento De HIV _____ Tratamiento De Alcohol / Drogas _____

Historial Y Físico _____ Los Records Completos Del Médico _____

Records de Hospitalización _____ Otros _____

Entiendo que un cargo razonable podría ser cargado al paciente por copias de record del médico. Entiendo que este acuerdo podría ser cancelado en cualquier momento con notificación escrita. La notificación escrita no tendrá efecto en el futuro de records que podrían haber sido enviados antes de recibir la notificación escrita. Esta autorización seguirá en efecto no más de 90 días. Personas pidiendo records aceptan no hacer a otros responsables de daños por información enviada en buena fe. La persona que recibe esto: la información dada es confidencial. Cualquier otra información es prohibida sin permiso escrito del paciente.

Firma Del Paciente: _____ Fecha: _____

Persona Responsable Legalmente, Relación: _____

Firma De Testigo: _____ Fecha: _____