

Autorización para solicitar registros médicos

Este formulario nos permite obtener sus registros de otro proveedor de atención de la salud.

Fecha: _____

Nombre del cliente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Autorizo a Chicago Women's Health Center a solicitar los siguientes documentos:

Reportes de laboratorio específicos: _____

Todos los reportes de laboratorio

Notas de consulta específicas: _____

Historial médico completo

Otro: _____

Fecha(s) de los registros que deberán solicitarse: _____ hasta _____

Los registros se solicitarán a:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono y fax: _____

*(Es importante incluir tanta información de contacto como sea posible,
en particular el nombre y número de teléfono del proveedor.)*

- Entiendo que esta autorización será válida desde _____ (fecha) hasta _____ (fecha), si bien podré revocarla por escrito en cualquier momento; dicha revocación no tendrá efecto alguno sobre la información divulgada con anterioridad.
- Entiendo que la información solicitada no podrá divulgarse nuevamente a ninguna otra persona u organización sin mi consentimiento por escrito.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Favor de enviar los registros por fax a 773-935-7145, o
por correo a CWHC, 1025 W. Sunnyside Ave, Ste 201, Chicago, IL 60640
¿Alguna pregunta? Llame al 773-935-6126.