



**SOLICITUD DE INFORMACIÓN
MÉDICA/INFORMACIÓN MÉDICA
SOLICITADA**

**AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR
INFORMACION MEDICA**

Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:
Numero de seguro Social:	Dias de tratamiento Solicitado:	Tipo de informacioñ Solicitada:

AUTORIZACION

**NOMBRE DEL HOSPITAL O MÉDICO
DESTINATARIO:**

Nombre de la organización: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Codigo Postal: _____ Tel: (____) _____

DESTINO:

**Westside Family Health Center
3861 Sepulveda Boulevard
Culver City, CA 90230
(310) 450-2191 Tel (310) 450-0873 Fax**

RESTRICCIONES

Por medio de este consentimiento autorizo el envío de toda información que contenga:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alcohol y/o abuso de droga | <input type="checkbox"/> Diagnósticos Psiquiatricos |
| <input type="checkbox"/> Resultados de exámenes de VIH | <input type="checkbox"/> Cualquier información medica |

(Yo entiendo que la anterior información no puede ser proporcionada sin mi consentimiento, excepto por una orden judicial.)

Yo entiendo que quien recibe no puede revelar adicionalmente la información medica a menos que otra autorización sea obtenida de mi o a menos que dicha revelación sea específicamente requerida por la ley.

**DURACION DEL
CONSENTIMIENTO**

Por medio de la presente doy mi autorización para que una copia de mi expediente medico sea enviada a Westside Family Health Center, desde la oficina antes mencionada. Este consentimiento es efectivo de inmediato y permanece en efecto por 12 meses.

Fecha: _____ Firma del Paciente: _____

Fecha: _____ Si firma otra persona indique el parentesco: _____

Fecha: _____ Testigo: _____



**SOLICITUD DE INFORMACIÓN
MÉDICA/INFORMACIÓN MÉDICA
SOLICITADA**

**AUTORIZACION PARA PROPORCIONAR
INFORMACION MEDICA**

Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:
Numero de seguro Social:	Dias de tratamiento Solicitado:	Tipo de informacioñ Solicitada:

AUTORIZACION

NOMBRE DEL HOSPITAL O MÉDICO DESTINATARIO:

**Westside Family Health Center
3861 Sepulveda Boulevard
Culver City, CA 90230
(310) 450-2191 Tel (310) 450-0873 Fax**

DESTINO:

Nombre de la organización: _____
 Dirección: _____
 Ciudad/Estado/Codigo Postal: _____ Tel: (____) _____

RESTRICCIONES

Por medio de este consentimiento autorizo el envío de toda información que contenga:

- Alcohol y/o abuso de droga
- Diagnósticos Psiquiatricos
- Resultados de exámenes de VIH
- Cualquier información medica

(Yo entiendo que la anterior información no puede ser proporcionada sin mi consentimiento, excepto por una orden judicial.)

Yo entiendo que quien recibe no puede revelar adicionalmente la información medica a menos que otra autorización sea obtenida de mi o a menos que dicha revelación sea especificamente requerida por la ley.

**DURACION DEL
CONSENTIMIENTO**

Por medio de la presente doy mi autorización para que una copia de mi expediente medico sea enviada a Westside Family Health Center, desde la oficina antes mencionada. Este consentimiento es efectivo de inmediato y permanece en efecto por 12 meses.

Fecha: _____ Firma del Paciente: _____
 Fecha: _____ Si firma otra persona indique el parentesco: _____
 Fecha: _____ Testigo: _____