



**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:

- 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 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 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: \_\_\_\_\_