



320 Lillington Ave
Suite 101
Charlotte, NC 28204-3189

Phone: 704.362.4403
Fax: 704.362.4405

AUTORIZACION PARA DIVULGAR LA INFORMACION DE SALUD

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre Previo: _____ Seguro Social: _____

Yo solicito y autorizo a: **QUEEN CITY GASTROENTEROLOGY & HEPATOLOGY, PC.**

Direccion: **320 LILLINGTON AVE, SUITE 101**

CIUDAD: **CHARLOTTE** ESTADO: **NC** CODIGO POSTAL: **28204-3189**

Para divulgar información de salud del paciente en la parte superior para:

Nombre: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Esta solicitud y autorización se aplica a:

Informacion Medica relacionada a los siguientes tratamientos, condiciones y fechas:

Toda la Informacion Medica

Otros: _____

Yo doy consentimiento y autorizo a usted libere las copias de mi expediente médico identificados anteriormente según proceda, incluidos los registros médicos actuales y anteriores de otros consultorios médicos, hospitales, y / o clínicas que forman parte de mi historial clínico. **NOTA:** esta autorización incluye mi permiso para la liberación de alcohol, drogas, pruebas psicológicas y psiquiátricas síndromes de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), síndrome relacionado con el SIDA, y / o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). También incluye información sobre el cáncer, pruebas de cáncer y los resultados del cáncer. Estoy de acuerdo que una copia de este comunicado o un documento de fax de esta versión será la misma validez que este documento original. Por favor, envíe toda la información solicitada lo antes posible a la dirección indicada más arriba.

Firma del paciente/ o persona autorizada: _____ Fecha: _____

ESTA AUTORIAZACION VENCE NOVENTA (90) DIASDESPUES DE HABER FIRMADO.