



# FORMA DE CONSENTIMIENTO

ALIVIO MEDICAL CENTER UBICACIÓN  
QUÉ EXPEDIENTE MÉDICO SE SOLICITA \_\_\_\_\_

FECHA

MED REC # / PID #

## INFORMACION DE PACIENTE

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

TELEFONO

### REASON FOR REQUEST

- ☐ PERSONAL  
☐ CONTINUACION DE TRATAMIENTO  
☐ LEGAL

## ENVIAR A

PERSONA/INSTITUCION

DIRECCION

CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL

TELEFONO

FAX

## SOLICITAR DE

PERSONA/INSTITUCION

DIRECCION

CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL

TELEFONO

FAX

## ESPECIFIQUE CON (X) LA INFORMACION QUE SOLICITA

- ☐ EXPEDIENTE COMPLETO  
☐ HISTORIA Y FISICOS  
☐ NOTAS PRENATALES  
☐ TARJETA DE VACUNAS  
☐ RAYOS-X, ULTRASONIDOS (XRAY, US)  
☐ LABORATORIOS  
☐ NOTAS DE DOCTOR  
☐ OTRO (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

FECHAS DE SERVICIO:

A

## PERMISOS ESPECIALES

(Apunta sus iniciales. Iniciales en estos espacios autoriza Centro Medico Alivio a divulgar esta information)

- ☐ HIV & STD STATUS (ESTATUS, NOTAS) INICIAL: \_\_\_\_\_  
☐ AYUDA MENTAL O ABUSO INICIAL: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que mi autorizacion es voluntaria y que yo puedo negarme para firmar esta autorizacion. Solamente que sea permitido por la ley. Al yo negarme a firmar no me afecta a recibir tratamiento medico, recibir pagos o ser elegible para beneficios. Yo entiendo que la informacion que you autorizo a una persona o institucion se puede divulgar y no sera protegida por las reglas privadas federales. Yo entiendo que yo puedo revocar este consentimiento por escrito mientras la solicitud no sea realizada antes de tiempo y esta autorizacion es obtenida con la condicion de obtener cubrimiento de aseguranza, otras leyes proven a la aseguranza con el derecho de contender y reclamar debajo de la poliza o la misma poliza. Este consentimiento expirara seis (6) meses de la fecha firmada; a menos que especifique de otro modo. Fecha especificada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## PERSONA QUIEN ESTA AUTORIZANDO LA TRANSFERENCIA DEL EXPEDIENTE

NOMBRE

FIRMA

TESTIGO

PARENTESCO

FECHA EN QUE SE DIO PERMISO

FECHA EN QUE TESTIFICO