

North Buncombe Family Medicine, P.A.
Mandar historial medico para uso y revelación

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 números del seguro social: _____

Fechas de servicio necesitados: Marca para los últimos 2 años o anota fechas específicas: _____

Yo **autorizo** North Buncombe Family Medicine, P.A. que obtenga mi historial medico de: *(lugar requerido)*

Nombre: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Numero de teléfono: _____

La descripción de la información que se va liberar **(circule todo que aplique)**:

1. Notas de visitas
2. Notas de visita al Hospital
3. Resultados de laboratorio
4. Vacunas
5. Mas: _____

El propósito de la autorización de liberar esta información es: _____

Yo entiendo que:

- Esta autorización incluye, pero no limitado a, permiso para liberar información sobre alcohol, droga, problema psiquiátrico y psicológico, examen de cáncer y resultados, información sobre VIH, SIDA y síndromes relacionados con el SIDA.
- Mi decisión de firmar o no firmar esta autorización no afectaría mi tratamiento por North Buncombe Family Medicine, P.A. ***Tengo el derecho de renunciar esta autorización en cualquier momento antes de uso o revelación de la información. Para revocar esta autorización se necesita un aviso escrito a la atención del Oficial privado de North Buncombe Family Medicine, P.A. Se puede mandar por correo o fax. Toda revocación no esta efectivo hasta recibido por el oficial privado.***
- Esta autorización se expira _____. (Esta autorización se expira en un año, al menos que otra fecha sea anotada en la línea de arriba.)
- Una copia o fax de esta autorización es igual de valida que la original.

North Buncombe Family Medicine, P.A.
201 Flat Creek Village Dr.
Weaverville, North Carolina 28787
Phone: 828-645-8525 Fax: 828-645-8935

Firma de Paciente/Guardián o Persona Autorizada(Requerido):

Fecha: _____