



## AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DE REGISTROS

Yo, \_\_\_\_\_ (inserte el nombre del paciente), solicito por este medio que divulgue mi expediente médico completo a Pacific Neuroscience Medical Group, Inc. Incluya todas las notas de progreso, registros de medicamentos, pruebas de laboratorio y otros estudios de diagnóstico, informes de consulta, resúmenes de altas hospitalarias, etc.

### Haga una lista de todos los médicos que lo trataron en el pasado:

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

### Padre legal o poder legal si el paciente es menor de 18 años o no puede firmar por sí mismo:

\_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ (Firma) \_\_\_\_\_ (Fecha)

## AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DE IMÁGENES

Yo, \_\_\_\_\_ (inserte el nombre del paciente), autorizo a Pacific Neuroscience Medical Group, Inc. a obtener mi registro completo de imágenes. Esto puede incluir MRI, CT scan, PET CT, X-Ray, etc., a menos que se especifique lo contrario. **Por favor envíe imágenes por correo en un DISCO.**

### Indique todos los centros de imágenes que lo han visto en el pasado

Nombre de la instalación: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Nombre de la instalación: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Nombre de la instalación: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

### Padre legal o poder legal si el paciente es menor de 18 años o no puede firmar por sí mismo:

\_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ (Firma) \_\_\_\_\_ (Fecha)

## VENCIMIENTO DE ESTAS AUTORIZACIONES

A menos que se revoque de otra manera, estas autorizaciones vencen el \_\_\_\_\_ (inserte la fecha / evento aplicable o escriba "nunca" si no desea que caduque esta autorización). Si no se indica una fecha, estas autorizaciones caducarán 12 meses después de la fecha de firma de este formulario.