



AUTORIZACIÓN PARA EL LANZAMIENTO DE EXPEDIENTES MÉDICOS

NOMBRE PACIENTE _____ FECHA DE HOY _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ LA FECHA NECESITÓ _____

NÚMERO DEL CONTACTO _____

Autorizo por este medio:

CASSIE HEALTH CENTER FOR WOMEN
1618 E PINE STREET
SILVER CITY, NM 88061
Phone: (575) 388-1561 Fax: (575) 388-9952

Para copiar y enviar mis expedientes al siguiente: Mismo; Médico; Falcility Médico:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Número De Teléfono: _____ Número De Fax: _____

- Todos mis expedientes
- Estoy transfiriendo cuidado
- Para mi uso personal
- Solamente los expedientes siguientes (proporcione las fechas específicas)

Firma o representante paciente del paciente _____

Quisiera mis expedientes:

- Fax
- Enviado
- Tomaré cuando está notificado *

*Si no tomo expedientes en una semana de notificación, voluntad destruyeron. Si está solicitado otra vez, un honorario de \$10.00 será agregado.