

# Médicos Familiares de Springfield

Envíe los expedients a:  
Médicos Familiares de Springfield  
2280 Marcola Road  
Springfield, OR 97477

El Nombre Paciente (imprime por favor): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Otros nombres usados: \_\_\_\_\_

Número de teléfono (donde usted puede ser alcanzado): \_\_\_\_\_

Envíe por favor los últimos 2 años de notas y de informes clínicos del laboratorio, y los últimos 5 años de radiografías, de pruebas de diagnóstico y de informes operativos. Además, solicito especialmente expedients en relación con a: \_\_\_\_\_

Autorizo el lanzamiento de mis expedients médicos de: \_\_\_\_\_

El Nombre Doctor : \_\_\_\_\_ Nombre de la facilidad/clínica : \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Al Doctor: \_\_\_\_\_ Médicos Familiares de Springfield

Petición enviada en \_\_\_\_\_ cerca \_\_\_\_\_ (personal de SFP)

## Entiendo eso:

El propósito de este lanzamiento está para la asistencia médica en curso.

Ed recipiente de estos expedients no puede transferirlos a otro partido sin consentimiento de mí (o de representante autorizado).

Esta autorización expirará en 60 días y puede ser revocada en escribir en cualquier momento.

Los expedients médicos generales contienen a veces referencia al uso de la droga, al uso del alcohol, al tratamiento de la rehabilitación, al tratamiento psiquiátrico, al abuso sexual, y a otras ediciones sensibles. Acuerdo lanzar estos expedients. He leído todo este lanzamiento y cualesquiera preguntas o preocupación la mía se han contestado.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha de Today's

Autorizo más legos que todo el psiquiátrico, droga, alcohol, síndrome adquirido de la inmunodeficiencia (SIDA) o la prueba results/records de HIV/HTLV se lance al antedicho. De acuerdo con la ley del estado de Oregon (OAR333-12-270 submarino 8) le requieren indicar el PROPÓSITO del LANZAMIENTO de la prueba results/records de HIV/HTLV: \_\_\_\_\_

Los HIV/HTLV resultados de la prueba se pueden lanzar de \_\_\_\_\_ hasta y el incluir \_\_\_\_\_  
Fecha de Today's Fecha Futura

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha de Today's

**Vuelva por favor una copia de esta autorización paciente con los expedients**