HealthWorks
www.healthworkscc.com

YO,_____
APELLIDO PRIMER FECHA DE NACIMIENTO NUMERO DE SEGURO SOCIAL

AUTORIZO:

_____
EL NOMBRE DE MEDICO O GRUPO

_____
DOMICILLIO

_____
CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

_____
NUMERO DE TELEFONO NUMERO DE FAX

PARA DAR MI INFORMACION MEDICA A:

_____
EL NOMBRE DE MEDICO O GRUPO

_____
DOMICILLIO

_____
CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

_____
NUMERO DE TELEFONO NUMERO DE FAX

INFORMATION NEEDED:
[] RECENT EXAM W/ PAPSMEAR RESULTS
[] COLPOSCOPY/CRYOTHERAPY EXAM W/ RESULTS
[] RECENT MAMMOGRAM W/ RESULTS
[] OTHER:_____

_____

ENTIENDO QUE EL GRUPO PIDIENDO NO PUEDE REVELAR NI USAR LA INFORMACION MEDICA A MENOS QUE OTRA AUTORIZACION SE OBTENGA DE MI O A MENOS QUE TAL REVELACION SE REQUIERE ESPECIFICAMENTE O ES PERMITIDA POR LA LEY. ENTIENDO TAMBIEN QUE YO PUEDO RECIVIR UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACION SOBRE MI PEDIDO.

FIRMA_____ **FECHA** _____

TESTIGO_____**FECHA**_____