



Milan S. Chakrabarty, M.D. General Gastroenterology

Sandra Del Valle, PA-C Gastroenterology Physician Assistant

Indraneel Chakrabarty, M.D., M.A. Advanced & Interventional Gastroenterology

Kathleen Linke, PA-C Gastroenterology Physician Assistant

Dos Ubicaciones:

HEMET

1003 E. Florida Avenue · Suite 101 · Hemet, CA 92543 · (951) 652-2252

TEMECULA

44274 George Cushman Ct. · Suite 208 · Temecula, CA 92592 · (951) 383-6001 (By appt.)

Autorización para liberar y/o revelar información médica

Por la presente autorizo la liberación y/o la revelación de información médica como se indica a continuación al proveedor de servicios de salud, entidad, o persona a la cual se ha indicado. Entiendo que puede haber un cargo por todos los expedientes solicitados. En tal caso, se requiere el pago antes de procesar el pedido. Todas las áreas de este formulario debe ser completado y firmado o no se procesara su pedido.

Liberación y/o revelación de información y expedientes con respecto a:

Form with fields for patient name, birth date, phone number, and checkboxes for medical records release. Includes text: 'Sin información completa, no se podrán procesar sean enviados a:' and 'Sin información completa, no se podrán procesar. Si desea que le llamemos cuando sus expedientes esten listos, por favor deje su numero de teléfono.'

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Por favor marque un cuadro de abajo:

Duración: Esta autorización será efectiva inmediatamente y permanecerá en efecto hasta \_\_\_\_\_ (entre la fecha) o durante un año de la fecha de la firma si es que no se entra fecha.

Revocación: Esta autorización podrá ser revocada por escrito por el firmante en cualquier momento antes de la liberación de información por la parte divulgadora. La revocación escrita no afectará ninguna acción tomada en confianza de esta autorización antes de que se haya recibido la revocación escrita.

Redivulgación: Entiendo que el solicitante legalmente no podrá usar o revelar mas alla la información de salud al menos de que se obtenga otra autorización mía o que sea específicamente requerida o permitida por la ley.

Especifique los expedientes que deberan ser liberados y/o revelados:

- Information Medical General (date from to)
Information About Injuries or Specific Treatments (date from to)
X-rays (reports only)
Laboratory Results

Mental Health (date from to)

Alcohol or Drugs (date from to)

Result of HIV tests (date from to)

Other (Specify):

Firma del Paciente or Representante Fecha

Firma del Paciente or Representante Fecha

Firma del Paciente or Representante Fecha

Solicito que la información de salud revelada de conformidad con esta autorización sea utilizada para los siguientes propósitos solamente: (Cual es la razón de esta solicitud)

Una copia de esta autorización es valida como una original. Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización. La copia es para mi para guardar.

Firma del paciente o representante ( indique la relación si se firma por alguien mas que el paciente) Fecha