



## 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:

Nombre del paciente (lista otros nombres usados)	Fecha de nacimiento	Numero de teléfono
( ) Solicito que mis expedientes médicos de: _____ _____ _____ Sin información completa, no se podrán procesar sean enviados a: <input type="checkbox"/> Milan S. Chakrabarty, M.D. 1003 E. Florida Avenue, Suite 101 Hemet, CA 92543 <input type="checkbox"/> Indraneel Chakrabarty, M.D., MA 1003 E. Florida Avenue, Suite 101 Hemet, CA 92543 <i>(si es menos de 5 paginas, por favor llame al (951) 652-2252 por numero de fax)</i>	( ) Solicito que mis expedientes medicos de: Dr. Milan Chakrabarty / ( ) Dr. Indraneel Chakrabarty mis expedientes medicos a: _____ _____ Sin información completa, no se podrán procesar. Si desea que le llamemos cuando sus expedientes esten listos, por favor deje su numero de teléfono.  Llámeme al ( ) _____	

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:**

- Información Médica General (fecha de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_)
- Información Sobre Lesiones o Tratamientos Especificos ( fecha de \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_)
- Rayos X ( reportes solamente)
- Resultados Laboratorios
- Salud Mental (fecha de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_)
- Alcohol o Drogas (fecha de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_)
- Resultado de pruebas VIH (fecha de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_)
- Otro (Especifique): \_\_\_\_\_

_____	_____
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**