

Southwest Women's Health, P.A.

Rebecca J. Shoden, MD
Karen A. Williams, MD
Kelly Drescher, MD

Karen L. Dwyer, PA-C
Kathryn "Kay" Tanis, RNC, WHCNP
Pam Fulton, CNM, MS, CFNP

Daphne Johnson, RNC, BS, WHCNP
Kristen A. Gorbitz, RNC, WHCNP
Linda Dominguez, RNC, WHCNP

Autorización de Entrega de Información

Por favor ponga en molde su nombre y llena por completo el formulario; formularios incompletos son inválidos y no será procesado.

Nombre de Paciente: _____
(Apellido) (Primer)

Nombre de Soltera o Nombre con Guión: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

ESTO AUTORIZA A MI INFORMACIÓN DE: _____
(Oficina de Doctor(es)/Hospital/Centro Medico)

Debe incluir teléfono: _____ **Fax:** _____
(Código de Área) (Código de Área)

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

DEBE FACILITARSE A:

Southwest Women's Health, P. A.
883 Lead SE, Suite A, Albuquerque, New Mexico 87102
Phone: 505-247-8820 or Phone: 505-843-7131
Fax: 505-246-9421

Citas en su oficina el: _____
(Fecha de cita con el nombre de Doctor)

Todo el expediente medico ginecológico: Laboratorio: Otro: _____

- Yo entiendo que puedo revocar esta solicitud con cinco días, mediante notificación por escrito. _____ (Initials)
- Yo entiendo que la información usada o divulgada de conformidad con esta autorización puede se sujeta a una nueva divulgación por parte de destinatario y puede que ya no estén protegidos por la ley federal o estatal. _____ (Initials)
- Southwest Women's Health, P.A. no va a condicionar mi tratamiento, pago, inscripción (si procede) en un plan de salud o elegibilidad para beneficios de si me da autorización para el uso solicitado o de la divulgación. _____ (Initials)
- Esta información protegida de salud se esta utilizando o divulgada para tratamiento, pago yo operaciones de atención médica de la siguiente manera: La continuidad de cuidado. _____ (Initials)

Esta Autorización estará en vigor a partir de: _____ a: _____
(Mes/Día/Año) (Mes/Día/Año)

Por favor esperé cinco hasta diez días hábiles para procesar su solicitud.

Firma: _____
(Paciente o Padre/Madre/Tutor Legal) (Fecha)