



**Declaracion de Autorizacion para Inspeccionar Expedientes**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

- Autorizo por este medio:
- Orange County Diagnostics  
27725 Santa Margarita Parkway, Suite 101  
Mission Viejo, CA 92691  
Phone: (949) 462-3999  
Fax: (949) 462-3777
  - Orange County Diagnostics  
600 Corporate Drives, Suite 110  
Ladera Ranch, CA. 92694  
Phone (949) 364-5716  
Fax (949) 364-5777
  - Orange County Diagnostics  
24301 Paseo De Valencia, Suite 100  
Laguna Woods, CA 92637  
Phone: (949) 859-0400 Fax (949) 859-0414

Para divulgar a: \_\_\_\_\_

*Referir El Doctor / Compañía De Seguros*

\_\_\_\_\_  
*El Otro Doctor*

Expedientes obtenidos en el curso de mi diagnosis y tratamiento en Orange County Diagnóstico, específicamente; Informes y radiografías de procedimientos de diagnóstico.

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización a cualquier tiempo por medio de notificar al proveedor en escrito revocando esta autorización. Yo entiendo que cualquier revocación no podrá aplicar a la información que ya haya sido dada en respuesta a esta autorización. Yo entiendo que la información lanzada relacionadas con la información de mi salud puede estar conforme a re-acceso de algunos recipientes y no se podrán proteger bajo las reglas federales y del estado

**RECONOCIMIENTO DEL RECIBO - PRÁCTICAS DE LA AISLAMIENTO**

También me han dado una copia de las prácticas del aislamiento de Orange County Diagnóstico. Este documento me aconseja en cuanto o cómo se utiliza mi información médica y cómo puedo tener acceso a esa información.

Esta autorización expira: \_\_\_\_\_  
(90 días después de la fecha de la firma, si espacio en blanco)

Firma de paciente/pariente/guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_