



Declaracion de Autorizacion para Lanzar Expedientes Del Paciente

Nombre Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___
(Patient Name)

Autorizo por este medio a: _____
(I hereby authorize)

Para divulgar a: [] Orange County Diagnosticó
27725 Santa Margarita Parkway, Suite 101
Mission Viejo, CA 92691
Phone: (949) 462-3999 Fax: (949) 462-3777

[] Orange County Diagnosticó
600 Corporate Drive, Suite 110
Ladera Ranch, CA. 92694
Phone (949) 364-5716 Fax (949) 364-5777

[] Orange County Diagnosticó
24301 Paseo De Valencia, Suite 100
Laguna Woods, CA 92637
Phone: (949) 859-0400 Fax (949) 859-0414

Expedientes obtenidos en el curso de mi diagnosis y tratamiento en los integrantes del personal
de atención medica indicado arriba; (Records obtained in the course of my diagnosis and treatment at facility above)

- [] Reportes de procedimientos diagnósticos, fecha(s): _____
(Reports from diagnostic procedures, Date(s))
[] Películas de procedimientos diagnósticos, fecha(s): _____
(Films from diagnostic procedures, Date(s))
[] Resultado de Laboratorio o otros resultados diagnósticos: _____
(Lab or other diagnostic results)

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. (I understand that this authorization may be revoked in writing at anytime, except to the
extent that action has been taken in reliance of this authorization. I understand that the information released may be subject to re-
disclosure by some recipientes and may no longer be protected by federal and state privacy rules related to health information).

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

Firma de paciente/pariente/guardián: _____ Fecha: ___ / ___ / ___
Relación al paciente: _____

Testigo: _____ Fecha: ___ / ___ / ___