



<b>Paciente Información</b>	Nombre del paciente		También conocido como / Apellido de soltera / Otros																			
	Dirección		Ciudad (*): Estado (*): Código postal																			
	Fecha de nacimiento	Teléfono	Dirección de correo electrónico																			
	/ /																					
<b>Información ser Liberado Desde:</b>	Nombre de la instalación	Dirección	teléfono #	Fax #																		
	Memorial Hospital de Gardena	1145 W. Redondo Beach Blvd., Gardena, CA 90247	310-532-4200 Ext. 7285	310-538-6699																		
<b>Información ser Lanzado a:</b>	Nombre del Hospital / Clínica / Médico / persona																					
	Dirección		Ciudad (*): Estado (*): Código postal																			
	Teléfono		fax (atención al paciente urgente)																			
<b>Para qué Propósito:</b>	<input type="checkbox"/> Continuación de Cuidado Personal Use <input type="checkbox"/> Seguros Legal <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____																					
<b>Información ser Liberado:</b>	Fechas de Servicio: From _____ To _____ <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> History y Física</td> <td><input type="checkbox"/> Resumen de alta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Informe Consultation</td> <td><input type="checkbox"/> Informe Operative</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Informe Pathology</td> <td><input type="checkbox"/> Informe Radiology</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Departamento de Emergencia</td> <td><input type="checkbox"/> Laboratory Informe/Resultado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Informe EKG</td> <td><input type="checkbox"/> Physician Nota Progreso</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Solicitar Physician</td> <td><input type="checkbox"/> Nota Nurses</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Informe Medication</td> <td><input type="checkbox"/> Mental de Evaluación de Salud</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Records para Continuidad de la atención</td> <td><input type="checkbox"/> Records para Uso Personal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otro _____</td> <td><input type="checkbox"/> Otro _____</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> History y Física	<input type="checkbox"/> Resumen de alta	<input type="checkbox"/> Informe Consultation	<input type="checkbox"/> Informe Operative	<input type="checkbox"/> Informe Pathology	<input type="checkbox"/> Informe Radiology	<input type="checkbox"/> Departamento de Emergencia	<input type="checkbox"/> Laboratory Informe/Resultado	<input type="checkbox"/> Informe EKG	<input type="checkbox"/> Physician Nota Progreso	<input type="checkbox"/> Solicitar Physician	<input type="checkbox"/> Nota Nurses	<input type="checkbox"/> Informe Medication	<input type="checkbox"/> Mental de Evaluación de Salud	<input type="checkbox"/> Records para Continuidad de la atención	<input type="checkbox"/> Records para Uso Personal	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> History y Física	<input type="checkbox"/> Resumen de alta																					
<input type="checkbox"/> Informe Consultation	<input type="checkbox"/> Informe Operative																					
<input type="checkbox"/> Informe Pathology	<input type="checkbox"/> Informe Radiology																					
<input type="checkbox"/> Departamento de Emergencia	<input type="checkbox"/> Laboratory Informe/Resultado																					
<input type="checkbox"/> Informe EKG	<input type="checkbox"/> Physician Nota Progreso																					
<input type="checkbox"/> Solicitar Physician	<input type="checkbox"/> Nota Nurses																					
<input type="checkbox"/> Informe Medication	<input type="checkbox"/> Mental de Evaluación de Salud																					
<input type="checkbox"/> Records para Continuidad de la atención	<input type="checkbox"/> Records para Uso Personal																					
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____																					

**Estado / leyes federales requieren una autorización específica para la liberación los siguientes tipos de información médica protegida:**

Salud Mental / tratamiento psiquiátrico                       Prueba genética  
 Alcohol / Abuso de Drogas de Tratamiento                       VIH/SIDA Resultados de la prueba  
**Por favor iniciales en la línea junto a la información que autoriza para la liberación**

ETIQUETA DE PACIENTE  
Hospital y Clínica Personal:  
Colocar una etiqueta para el paciente si aquí proporcionar registros para el paciente.



<p><b>Autorización</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yo entiendo que la realización y firma de esta autorización es voluntaria.</li> <li>• Entiendo que una fotocopia de esta autorización será considerada tan válida como el original.</li> <li>• Yo entiendo que el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad no serán condicionados a mi firma de esta autorización.</li> <li>• Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se han tomado medidas en base a esta autorización.</li> <li>• Entiendo que esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción había sido tomada en virtud de esta autorización.</li> <li>• Para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y debe ser enviada a la instalación He autorizado a mi información para ser liberado de.</li> <li>• A menos que sea revocada, esta autorización expirará 180 días después de la fecha de la firma de este formulario.</li> <li>• Yo entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.</li> <li>• Entiendo que se requiere una autorización específica por separado para autorizar la divulgación o el uso de notas de psicoterapia, como se define en las regulaciones federales de aplicación de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud.</li> </ul>
----------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Entiendo que puede haber una tarifa asociada a esta solicitud.**

- Paper Records entregado por correo  Fax
- Pickup en la Fecha de Instalación: \_\_\_\_\_
- Records en  CD formato electrónico
- I Qué quieren mis discos encriptados
- I no quiero que mis registros encriptados

\_\_\_\_\_ Am o PM  
Firma del paciente o representante autorizado Nombre Impreso Fecha Hora

\_\_\_\_\_ Am o PM  
Relación (si es firmado por no es el paciente) Nombre impreso Fecha Hora