



AUTHORIZATION PARA EL SUMINISTRO DE INFORMACION MEDICA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

También conocido como: _____ Número de teléfono: _____

Yo pido y autorizo que suministre registros médicos del paciente mencionados anteriormente

DE:

_____ Alto Clinic	_____ Southside Clinic	_____ Dental Clinic	_____ Health Care for the Homeless
1035 Alto Street	2145 Ceja Del Oro Grant Rd	6401 Richards Ave.	1532 B Cerrillos Rd
Santa Fe, NM 87501	Santa Fe, NM 87507	Santa Fe, NM 87508	Santa Fe, NM 87505
505-982-4425	505-982-4425	505-982-4425	505-988-4425
505-982-1263 Fax	505-982-1263 Fax	505-983-1263 Fax	505-983-1263 Fax

PARA:

_____ MI USO PERSONAL (pueden aplicar cargos) _____ Oficina de doctor o otro facilidad médica.
_____ ASEGURANZA

Nombre: _____

Direction: _____

Número de teléfono # _____ Fax # _____

Petición y autorización aplica a:

(Por favor, compruebe los registros que desee sean enviados de la Clinica De La Familia Health)

___ TODA la información medical (esto incluye todo lo que está a continuación).

___ Información relativa al siguiente tratamiento, condición o fechas sólo:

___ Autorizo mis resultados STD, pruebas de HIV/ pruebas de AIDS

___ Autorizo todos los registros con respecto a drogas, alcohol o tratamiento de salud mental.

**** TODAS LAS LEYES FEDERAL DE HIPAA SE APPLICAN ****

Firma paciente o jurídica autorizada para actuar en nombre de la paciente

Fecha

Official Use Only - **FEES ARE IN ACCORDANCE WITH N.M. Admin.Code 8.370.6.10**

ID Verified _____

___ \$6.50: CD & non-paper format

___ Paper Chart Copy

___ 1 – 10 pages @ \$2.00 per page

___ additional \$0.20 per page

Total: _____