

Gurmu OccMed Services

500 Greenfield Ave
Hanford, Ca, 93230
T: 559-587-5587; F:559-587-5557

2500 W. Florence Ave
Los Angeles, Ca, 90043
T:323-750-2083; F: 323-753-3435

AUTORIZACIÓN PARA ENTREGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Paciente: _____ MRN del Paciente: _____
Dirección: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Ciudad / Estado / Zip: _____ Teléfono: _____

Favor de **OBTENER** información **DE**: _____

Favor de **ENVIAR** mi información médica **A**: _____

Nombre de médico, hospital

Nombre de médico, hospital

Dirección de calle

Gurmu Occ Med Svs., Inc.

Dirección de calle

Ciudad/Estado/Zip

Ciudad/Estado/Zip

Teléfono

Teléfono

Número de fax

Número de fax

PARA FINES DE: Pedido del paciente otro _____

Lista de fechas específicas de archivos a emitirse: _____

Duración: Esta autorización comenzará de inmediato y quedará con efecto por un (1) año a menos que se especifique de otra manera en la manera siguiente: _____ (fecha o suceso).

AUTORIZO ENTREGA DE LOS SIGUIENTES ARCHIVOS:

Restricciones: Entiendo que la información entregada puede estar sujeta a nuevas entregas por el destinatario y dejar de estar protegida. (Sin embargo, según ley de California, destinatarios de información médica, ya sea que se haya entregado bajo autorización o estipulaciones discrecionales del Código Civil de California #56.10(x), no pueden seguir entregando esa información médica excepto según una nueva autorización o según específicamente lo exija o permita la ley.)

Derechos: Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización por escrito (ver la página dos de este formulario). Mi revocación tendrá efecto desde el momento de que lo recibamos, pero no puede ni podrá revocarse ninguna revelación ya hecha en base a la presente autorización. Es decir, la revocación rige desde el momento de recibirse la revocación por escrito, y no puede ni podrá afectar revelaciones hechas antes de la revocación, Tengo derecho a obtener copia de esta autorización.

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

Si firma persona que no es el/la paciente, indique el parentesco o relación: _____

Testigo (Witness): _____

Gurmu OccMed Services

500 Greenfield Ave
Hanford, Ca, 93230
T: 559-587-5587; F:559-587-5557

2500 W. Florence Ave
Los Angeles, Ca, 90043
T:323-750-2083; F: 323-753-3435

AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL INFORMATION

Patient name: _____ MRN number: _____
Address: _____ Date of Birth: _____
City/ State / Zip: _____ Telephone: _____

Please **OBTAIN** information **FROM**: _____

Please **SEND** information **TO**: _____

Name of Doctor, hospital _____

Name of Doctor, hospital
Gurmu Occl Med Svs., Inc. _____

Street Address _____

Street Address _____

City/state/Zip _____

City/state/Zip _____

Phone Number: _____

Phone Number: _____

Fax number: _____

Fax number: _____

For the purposes of: Patient Other _____

List of specific dates of files to be issued: _____

Duration: This authorization shall commence immediately and be affected for one (1) year unless otherwise specified in the following manner: _____ (date or event).

I authorize delivery of the following files:

Restrictions: I understand that the information released may be subject to re-disclosure by the recipient and not be protected. (Under California law, however, a recipient of medical information, whether disclosed pursuant to an authorization or discretionary provisions of California Civil Code #56.10 (x), may not further disclose that medical information except in accordance with new authorization or as specifically required or permitted by law.)

Rights: I understand that I may refuse to sign this authorization and that my refusal to sign may not affect my ability to obtain treatment. I may inspect or obtain a copy of any information to be used and/ or disclosed under this authorization in accordance with organizational policy. I understand that I have the right to revoke this authorization in writing. My revocation will be effective upon receipt but will not be effective to the extent that this organization has taken action in reliance upon this authorization. I have the right to obtain a copy of this authorization.

Signature: _____
(Patient/parent/guardian/Guardian) Date Time

If signed by other than patient, indicate relationship: _____

Witness: _____