

SOLICITUD DE INFORMACIÓN MÉDICA / INFORMES DE LABORATORIO DE CENTRO DE GENÉTICA PARA ENTREGA AL PACIENTE O TUTOR LEGAL*(REQUEST FOR MEDICAL INFORMATION/LABORATORY REPORTS FROM GENETICS CENTER)*

Solicito que se libere información médica del CENTRO DE GENÉTICA y ser reenviado a lo siguiente:

Paciente o tutor legal: _____*(Patient or Legal Guardian)***Dirección:** _____ **Ciudad:** _____ **Código postal:** _____*(Address)**(City)**(Zip)***Número de teléfono:** _____ **Número de fax:** _____*(Phone Number)**(Fax number)***Nombre completo del paciente:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____*(Patient's Full Name)**(Apellido, Primer, Inicial del segunda nombre)**(Date of Birth)***Fecha de servicio:** _____*(Date of service)***Información requerida:***(Information Requested)*

Por lo presente autorizo, bajo pena de perjurio, la divulgación de información / registros médicos al médico, centro u otra entidad médica mencionada anteriormente:

*(I hereby authorize, under penalty of perjury, release of medical information/records to the physician, facility, or other medical entity listed above)***Paciente o tutor legal (imprimir):** _____*(Patient or Legal Guardian)***Firma del paciente o tutor legal:** _____ **Fecha:** _____*(Patient or Legal Guardian's Signature)**(Date)***También envíe o muestre prueba de la identidad del paciente** (como una tarjeta de identificación con foto del gobierno) **o prueba de representación** (como una orden judicial, poder de atención médica, poder notarial).

Notas:

- 1) El Centro de Genética responderá a esta solicitud por escrito dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de este formulario completo.
- 2) Las entidades médicas están obligadas a mantener la confidencialidad de la información solicitada. Si la información solicitada se comparte con terceros no médicos, es posible que la información ya no tenga la misma protección.
- 3) Esta solicitud puede ser revocada por escrito en cualquier momento, a menos que el Centro de Genética ya haya actuado al respecto.

 Reconozco haber recogido los registros solicitados anteriormente. Firma: _____ Los registros solicitados anteriormente fueron enviados por: _____ en (fecha): _____