



GENETICS CENTER

211 South Main Street, Orange, California 92868
Tel 714.288.3500 & 888.4.GENETIC Fax 714.288.3510
www.geneticscenter.com

SOLICITUD DE INFORMACIÓN MÉDICA / REPORTES DE LABORATORIO DE GENETICS CENTER

(REQUEST FOR MEDICAL INFORMATION/LABORATORY REPORTS FROM GENETICS CENTER)

Actualmente estoy tratando al paciente identificado abajo, y estoy solicitando la siguiente información sea liberada de **GENETICS CENTER** y enviarse a:

*(I am currently treating the patient identified below, and I am requesting the following information for that patient be released from **GENETICS CENTER** and forwarded to)*

Nombre completo del médico solicitando: _____
(Requesting Physician Full Name)

Dirección: _____ **Ciudad y código postal:** _____
(Address) (City, Zip)

Número de teléfono: (_____) _____ **Número de fax:** (_____) _____
(Phone Number) (Fax Number)

Firma del médico solicitando: X _____ **Fecha:** _____
(Requesting Physician Signature) (Date)

(Puede ser firmado por representante autorizado del médico solicitando)
(May be signed by authorized designee of requesting physician)

La siguiente información es necesaria para que podamos localizar los pedidos de información médica /reportes de laboratorio:
(The following information is necessary to allow us to locate the requested medical information/laboratory reports)

Nombre Completo del Paciente: _____
(Patient's Full Name) (Apellido, Primer, Inicial del Segundo Nombre)
(Last, First, M.I.)

Fecha de nacimiento: _____
(Date of Birth)

Fecha del servicio: _____
(Date of Service)

Información solicitada: _____
(Information Requested)

Médico original de referencia: _____
(Original Referring Physician)

Por la presente autorizo la entrega de los registros anteriores al médico solicitando :
(I hereby authorize release of the above records to the requesting physician)

Paciente o tutor legal (imprimir): _____
(Patient or Legal Guardian)

Paciente o tutor legal (Firma): _____ **Fecha:** _____
(Patient or Legal Guardian's Signature) (Date)