



Declaracion de Autorizacion para Lanzar Expedientes Del Paciente

Nombre Paciente: (Patient Name) Fecha de Nacimiento: / /

Autorizo por este medio a: (I hereby authorize)

- Para divulgar a: (To disclose to)
- Orange County Diagnosticó 27725 Santa Margarita Parkway, Suite 101 Mission Viejo, CA 92691 Phone: (949) 462-3999 Fax: (949) 462-3777
- Orange County Diagnosticó 600 Corporate Drive, Suite 110 Ladera Ranch, CA. 92694 Phone (949) 364-5716 Fax (949) 364-5777
- Orange County Diagnosticó 24301 Paseo De Valencia, Suite 100 Laguna Woods, CA 92637 Phone: (949) 859-0400 Fax (949) 859-0414

Expedientes obtenidos en el curso de mi diagnosis y tratamiento en los integrantes del personal de atención medica indicado arriba; (Records obtained in the course of my diagnosis and treatment at facility above)

- Reportes de procedimientos diagnósticos, fecha(S): (Reports from diagnostic procedures, Date(s))
Películas de procedimientos diagnósticos, fecha(S): (Films from diagnostic procedures, Date(s))
Resultado de Laboratorio o otros resultados diagnósticos: (Lab or other diagnostic results)

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización a cualquier tiempo por medio de notificar al proveedor en escrito revocando esta autorización. Yo entiendo que cualquier revocación no podrá aplicar a la información que ya haya sido dada en respuesta a esta autorización. Yo entiendo que la información lanzada relacionadas con la información de mi salud puede estar conforme a re-acceso de algunos recipientes y no se podrán proteger bajo las reglas federales y del estado. (I understand that this authorization may be revoked in writing at anytime, except to the extent that action has been taken in reliance of this authorization. I understand that the information released may be subject to re-disclosure by some recipients and may no longer be protected by federal and state privacy rules related to health information).

Esta autorización expira: (si espacio en blanco, entonces 90 días después de la fecha de la firma)

Firma de paciente/pariente/guardián: Fecha: / /
Relación al paciente:

Testigo: Fecha: / /