

# Autorización para divulgar información

(Authorization to Release Information)



Favor de completar este formulario para permitirnos acceder a sus registros médicos y/o cualquier información del consultorio de su médico anterior.

(Please complete this form to allow us to access your medical records and / or any information from your previous doctor's office.)

Fecha /Today's date

Nombre /Name

Fecha de nacimiento /Date of birth

Nombre del Medico anterior

Dirección postal del medico anterior

Ciudad

Estado

Zona Postal

/Previous doctor's name

/Previous doctor's street address

/City

/State

/Zip code

## INFORMACIÓN QUE SE DIVULGAR (marque la casilla o casillas correspondientes)

Information to be released (please check the appropriate box/boxes)

Liberar todos mis registros medicos a Titanium Healthcare /Release all my Medical Records to Titanium Healthcare

Liberar solo resultados de pruebas o estudios especificos (por favor, explique) : \_\_\_\_\_  
Only release specific test results or studies (please explain):

Si estos registros deben contener cualquier información relacionada con la discusión, del cuidado de las pruebas de VIH, SIDA, dependencia química, uso de alcohol o drogas, enfermedades mentales, infecciones de transmisión sexual o anemia de células falciformes, por la presente autorizo la divulgación de esta información. /If these records should contain any information regarding discussion, care of testing for HIV, AIDS, chemical dependency, alcohol or drug use, mental illness, sexually transmitted infections or sickle cell anemia, I hereby authorize the release of this information.

## La información debe ser divulgada con el propósito de: (marque todo lo que corresponda)

Information is to be released for the purpose of: (check all that apply)

Para obtener mi registro permanente de la oficina /To be obtained for my permanent office record

Otra razón (explique por favor) : /Other reason (please explain): \_\_\_\_\_

## Release information to:

### TITANIUM CLINIC (Marque la casilla para indicar la clínica de Titanium en la que le gustara recibir sus registros médicos)

Titanium Clinic (please check box to indicate the Titanium clinic you would like to receive your medical records)

Titanium Garden Grove 12566 Valley View St., Garden Grove, CA 92845. Tel: (714) 897-1071 / Fax: (714) 373-4696

Titanium Downey 10800 Paramount Blvd., #405, Downey, CA 90241. Tel: (562) 928-9700 / Fax: (562) 928-8300

Titanium Lakewood 3650 E. South Street., #106, Lakewood, CA 90712. Tel: (562) 925-7401 / Fax: (310) 554-4045

Es la póliza de esta práctica médica que adoptaremos, mantendremos y cumpliremos con nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, que será consistente con HIPAA y la Ley de California. /It is the policy of this medical practice that we will adopt, maintain, and comply with our Notice of Privacy Practices, which shall be consistent with HIPAA and California Law.

Por la presente autorizo a Titanium Healthcare a obtener cualquier historial médico anterior de mi Médico de Atención Primaria o de cualquier otro proveedor. /I hereby authorize Titanium Healthcare to obtain any previous medical records from my PCP or any such other provider.

**Firma del paciente o padre/tutor o representante legal:**

/Signature of patient or parent/guardian or legal representative:

**Fecha**

/Date

**La fecha de expiracion**

(un año a partir de hoy)

/Expiration Date (one year from today)