

## Formulario de divulgación de la historia clínica

Autorizo a Arizona Specialized Gynecology a divulgar y/o recibir información personal de salud confidencial sobre mí. Al firmar este formulario, entiendo que la divulgación de una copia y/o un resumen de mis registros médicos al profesional/centro/entidad que se menciona a continuación puede incluir mi historial de cualquier enfermedad de transmisión sexual y/o cualquier otro asunto relacionado con la salud ginecológica.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Envío documentos

Solicito documentos

La información que usted divulgue con sujeción a este formulario de divulgación firmado es la siguiente:

Historial médico completo

Informes de laboratorio

Informes de patología

Informes operativos

Consultas

Otros

Divulgar/recibir información de salud confidencial sobre mí a/de la siguiente institución/entidad proveedora:

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha