



# 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:** \_\_\_\_\_  
*(Address)*

**Ciudad y código postal :** \_\_\_\_\_  
*(City, Zip)*

**Número de teléfono:** ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ **Número de fax:** ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
*(Phone Number) (Fax Number)*

**Firma del médico solicitando :** \_\_\_\_\_  
*(Requesting Physician Signature)*

**X** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
*(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)*

**Firma de paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
*(Patient's Signature) (Date)*