

SOLICITUD DE INFORMACIÓN MÉDICA / INFORMES DE LABORATORIO DE CENTRO DE GENÉTICA PARA ENTREGA A OTRA ENTIDAD MÉDICA

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

Solicito que se libere información médica del CENTRO DE GENÉTICA y ser reenviado a lo siguiente:

Médico, centro u otra entidad médica: _____
(Physician, facility, or other medical entity)

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Código postal:** _____
(Address) (City) (Zip)

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

Nombre completo del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
(Patient's Full Name) (Apellido, Primer, Inicial del segunda nombre) (Date of Birth)

Fecha de servicio: _____
(Date of service)

Información requerida:
(Information Requested)

Por lo presente autorizo, bajo pena de perjurio, la divulgación de información / registros médicos al médico, centro u otra entidad médica mencionada anteriormente:

(I hereby authorize, under penalty of perjury, release of medical information/records to the physician, facility, or other medical entity listed above)

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

Firma del paciente o tutor legal: _____
(Patient or Legal Guardian's Signature)

Fecha: _____
(Date)