



Clínica mi casa

FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Oficina: _____

Atención: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ State: _____ Zip: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Nombre del cliente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Autorizo la publicación de mis registros médicos y otra información médica, incluyendo notas de cartas, resultados de laboratorio, informes, correspondencia y cualquier otra información escrita sobre mi salud y tratamiento. Además, incluida la hepatitis, la infección por VIH, las enfermedades relacionadas con el VIH o el SIDA, la salud mental, el alcohol, el consumo de drogas y la información del tratamiento, junto con todas las demás visitas a la STI Information, Pathology, Lab y Office para enviarse por correo o enviarla por fax al siguiente centro médico:

Clínica mi casa
442 Unidad Metroplex
Bldg D, Suite 200
Nashville, TN
37211
Ph: (615) 499-7406
Fax: (615) 466-7412

Firma del cliente: _____