



500 N. Hiatus Rd., Suite 201
Pembroke Pines, FL 33026
(954) 381-8989

INFORMACIÓN DE PACIENTE

Nombre: (A/N/I) _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

de SS: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M _____ F _____

Estado Civil: C _____ S _____ D _____ V _____ Nombre de Conyugue: _____

de Teléfono: _____ ¿Podemos dejar un mensaje en este número acerca de citas/resultados? Si _____ No _____

de Celular: _____ ¿Podemos dejar un mensaje en este número acerca de citas/resultados? Si _____ No _____

Correo Electrónico: _____ ¿Podemos dejar un mensaje en este dirección acerca de citas/resultados? Si _____ No _____

Lugar de Empleo de Paciente: _____ Ocupación: _____

de Teléfono de Trabajo: _____ ¿Podemos dejar un mensaje en este número acerca de citas/resultados? Si _____ No _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

de Teléfono: _____ Lenguaje Primario: _____

¿Cómo escucho sobre nosotros? _____

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA

Nombre de Asegurador: _____ #SS de Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Compañía de Aseguración: _____ # de Póliza: _____ # de Grupo: _____

Dirección de Aseguración: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

de Teléfono de Aseguración: _____ Fecha de Efecto: _____ Fecha de Terminación: _____

DIRECTIVA AVANZADA

A. ¿Usted tiene un sustituto de Cuidado de Salud? Si: _____ No: _____

Nombre de Sustituto de Cuidado de Salud: _____ Relación: _____ # de Teléfono: _____

B. ¿Usted tiene un Testamento en Vida? Si: _____ No: _____

Persona con cual el representate puede hablar sobre mi condición: _____

FIRMA DE PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA: Yo autorizo que la información contenida en mi archivo, formas de registración, está correcto. Yo entiendo que esta información es necesaria para el proceso de reclamos y asegurar cuida medico apropiado. Yo autorizo a Manella Family Practice, LLC y sus médicos para tratarme. También solicito pago de beneficios gubernamentales a mí o a la persona que acepta asignación o pagos de beneficios medicvos a Manella Family Practice, LLC por mi compañía de aseguranza por servicios proporcionados. Yo estoy de acuerdo que soy responsable por todos los cargos cual no están autorizados como cubiertos por mi compañía de aseguranza o agencia de gobierno.

Firma: _____ Fecha: _____



CUESTIONARIO DE HISTORIAL DE SALUD

Todas las preguntas en este cuestionario son estrictamente confidenciales y se convertirán parte de su archivo médico.

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial)	Fecha de Nacimiento:
Medico previo o referente:	Fecha de último examen físico:

HISTORIAL DE SALUD PERSONAL

Enfermedades de niñez: Sarampión Paperas Rubeola Varicela Fiebre Reumática Polio

Vacuna	Año de Ultima	Prueba / Examen	Año de Ultima	Prueba / Examen	Año de Ultima
Tétano	_____	Rectal / Heces	_____	Ecocardiograma	_____
Gripe	_____	Colesterol	_____	Prueba de Estrés	_____
Pneumonia	_____	Tuberculosis	_____	CXR	_____
SPR	_____	Mamograma	_____	Prueba de Papanicolaou	_____
Hepatitis B	_____	Examen de Próstata	_____	Densidad de Hueso	_____

Lista de cualquier problema médico que otros médicos han diagnosticado:

	Si	No		Si	No		Si	No
Hipertensión			Enfermedad Cardíaca			Hiperlipidemia		
Diabetes			Enfermedad Pulmonar			Cáncer		
Enfermedad Arterial Coronaria			Depresión			ERGE		
Enfermedad de Tiroides			Ansiedad			Enfermedad de Riñón		
Migraña			Artritis			Osteoporosis		

Cirugías:

Año	Razón	Hospital



CUESTIONARIO DE HISTORIAL DE SALUD

Otras Hospitalizaciones:		
Año	Razón	Hospital

¿Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre? Si No

Nombre de Farmacia: _____ # de Teléfono: _____ # de Fax: _____

Lista de drogas recetadas y sin receta, tal como vitaminas y inhaladores:		
Nombre de Droga	Dosis	Frecuencia Tomada

Reacciones & Alergias a Drogas: _____

Tiene alergia a:

Comida	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cacahuates	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Yodo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Polen	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cinta Adhesiva	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Caspa de Animal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Mariscos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Látex	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No



HÁBITOS DE SALUD Y SEGURIDAD PERSONAL

Todas las preguntas en este cuestionario son opcionales y serán mantenidas estrictamente confidenciales.

Ejercicio	<input type="checkbox"/> Sedentario (No ejercicio)	
	<input type="checkbox"/> Ejercicio suave (ej. Subir escaleras, caminar 3 bloques, golf)	
	<input type="checkbox"/> Ejercicio vigoroso ocasional (ej. Trabajo o recreacional, menos de 4x/semana por 30 minutos)	
	<input type="checkbox"/> Ejercicio vigoroso regular (ej. Trabajo o recreacional, 4x/semana por 30 minutos)	
Dieta	¿Está a dieta? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	¿Si es si, usted está en una dieta medica recetada por un médico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	# de comidas que come en un día normal	
Cafeína	<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Café
	<input type="checkbox"/> Te	<input type="checkbox"/> Cola
# de vasos/ latas al día		
Alcohol	¿Usted toma alcohol? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	¿Si es si, que tipo?	
	¿Cuántas bebidas por semana?	
	¿Usted está preocupado por la cantidad que toma?	
Tabaco	¿Usted usa tabaco? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Cigarrillos - pks / día	<input type="checkbox"/> Masticado - # / día
	<input type="checkbox"/> # de Años	<input type="checkbox"/> O Año que dejo
	<input type="checkbox"/> Pipa - # / día	<input type="checkbox"/> Cigarros - # / día
Drogas	¿Usted actualmente usa drogas recreacional o de la calle? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	Si es si, por favor liste:	
	¿Alguna vez se ha dado drogas de la calle con una aguja? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Sexo	¿Usted es sexualmente activo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	Enfermedad relacionada a Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), tal como SIDA, se ha convertido en un problema de salud pública. Factores de riesgo para esta enfermedad incluye uso de droga intravenosa y relaciones sexuales no protegidas. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	¿Le gustaría hablar con un proveedor sobre los riesgos de esta enfermedad?	
Seguridad Personal	¿Usted vive solo/a? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	¿Usted tiene caídas frecuentes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	¿Usted tiene pérdida de visión o audición? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	Abuso físico y/o mental sea ha convertido en un problema de salud mayor en este país. Esto normalmente toma forma de comportamiento de amenaza verbal o físico o abuso sexual. ¿Le gustaría hablar con su proveedor sobre este problema? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

HISTORIA DE SALUD FAMILIAR

Edad		Problemas Significativos de Salud		Edad		Problemas Significativos de Salud	
Padre			Hijo/as	<input type="checkbox"/> M			
				<input type="checkbox"/> F			
Madre			<input type="checkbox"/> M				
			<input type="checkbox"/> F				
			<input type="checkbox"/> M				
			<input type="checkbox"/> F				
Hermanos/as	<input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> M				
	<input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> F				
	<input type="checkbox"/> M		Abuela				
	<input type="checkbox"/> F		Materna				
	<input type="checkbox"/> M		Abuelo				
	<input type="checkbox"/> F		Materna				
	<input type="checkbox"/> M		Abuela				
	<input type="checkbox"/> F		Paterna				
	<input type="checkbox"/> M		Abuelo				
	<input type="checkbox"/> F		Paterno				



HÁBITOS DE SALUD Y SEGURIDAD PERSONAL

Salud Mental

¿El estrés es un problema para usted?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Usted se siente deprimido?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Usted tiene pánico cuando tiene estrés?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Usted tiene problemas con comer o su apetito?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Usted llora frecuentemente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Usted alguna ha intentado suicidio?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Usted seriamente ha pensado en dañarse así mismo?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Usted tiene problemas para dormir?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Usted alguna vez ha ido a un consejero?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Mujer Solamente

Edad que comenzó menstruación	
Fecha de ultima menstruación	
Periodo cada _____ días	
¿Periodos pesados, irregulares, manchas, dolor o descarga?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cantidad de embarazos _____ Cantidad de partos vivos _____	
¿Está embarazada o amamantando?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Cualquier infección de tracto urinario, vejiga o riñón dentro de un año?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Sangre en la orina?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Tiene problemas con control para orinar?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Tiene sofocos o sudores por la noche?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Usted tiene tensión menstrual, dolor, hinchazón, irritabilidad o síntomas en o alrededor de su periodo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Tiene cualquier sensibilidad de pechos reciente, bolas, o descarga de pezón?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Hombres Solamente

¿Usted normalmente se para durante la noche?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Si es si, # de veces		
¿Usted siente dolor o ardor cuando orina?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Sangre en la orina?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Usted siente descarga de ardor de su pene?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿La fuerza de su orina ha disminuido?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido infección de riñón, vejiga o próstata dentro de los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Usted tiene problemas vaciando su vejiga completamente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene dificultad con erección o eyaculación?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene dolor o hinchazón testicular?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Otros Problemas

Marque si tiene, o ha tenido, cualquier síntoma en las siguientes áreas a un grado significante y explicar brevemente.		
<input type="checkbox"/> Piel	<input type="checkbox"/> Pecho / Corazón	Cambios recientes en:
<input type="checkbox"/> Cabeza / Cuello	<input type="checkbox"/> Espalda	<input type="checkbox"/> Peso
<input type="checkbox"/> Oídos	<input type="checkbox"/> Intestinal	<input type="checkbox"/> Nivel de Energía
<input type="checkbox"/> Nariz	<input type="checkbox"/> Vejiga	<input type="checkbox"/> Habilidad para dormir
<input type="checkbox"/> Garganta	<input type="checkbox"/> Intestino	
<input type="checkbox"/> Pulmones	<input type="checkbox"/> Circulación	



AVISO
DE INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN DE LABORATORIO

Estamos proporcionando servicios de Laboratorio en la Instalación como conveniencia para nuestros pacientes.
Efectivo Enero 1 del 2014 la cuota de laboratorio será \$25.00.

La cuota solo aplica si la sangre no es sacada al momento de su visita de oficina.

Por favor sea aconsejado que pruebas de laboratorio ordenadas por su médico puedan NO ser cubiertas por su portador de aseguranza. Servicios de pruebas de laboratorio pueden requerir un gasto de bolsillo para deducibles, co-pagos, co-aseguranzas y servicios no-cubiertos. No podemos garantizar reembolso de su portador de aseguranza y no somos responsables por cualquier prueba no cubierta por su portador de aseguranza. Usted puede recibir una factura del laboratorio directamente (Quest, LabCorp) por cualquier balance no cubierto por su portador de aseguranza.

Elegir Una:	NO: He decidido no recibir estos servicios.
	Si: Yo quiero recibir estos servicios.
Imprimir Nombre:	Firma de Paciente o Tutor:

Acerca de Resultados de Prueba

Efectivo Enero 1, 2014 resultados para todas las pruebas para todas las pruebas no será dado por teléfono. Al irse de la oficina, por favor asegúrese de programar su cita de seguimiento para revisar sus resultados con un proveedor.

AVISO DE NO PRESENTARSE

Efectivo Mayo 3, 2018 habrá un cobro de \$50.00 por no presentarse para cualquier cita que sea fallada o cualquier cita que no sea cancelada con un aviso de 24 horas.

Imprimir Nombre:	Firma de Paciente o Tutor:
------------------	-------------------------------

Proceso de Referencia

Esto aplica para todas las Aseguranzas que requieren referencia:

Le hemos dado todas las herramientas para hacer las citas necesarias.

Debido a alto volumen de solicitudes de referencia, por favor permita 3 a 5 días vigentes para procesar referencias.

Nosotros ya no procesaremos referencias el mismo día.

Si hay necesidad de urgencia, por favor contactar a nuestro coordinador de referencia directamente.

Si el coordinador de referencia no ha respondido a su correo electrónico o correo de voz dentro de 24 horas, por favor llame a nuestra oficina y pregunte hablar con ellos directamente.

Información para Contactar al	Correo Electrónico: ctowns@femwell.net Teléfono: 954-381-8989 ext 101
-------------------------------	--



Reconocimiento de Aviso de Privacidad

Manella Family Practice, LLC

Yo entiendo que bajo el Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Medico (LRPSM), Yo tengo ciertos derechos a privacidad acerca de mi información protegida. Yo reconozco que yo he recibido o he tenido la oportunidad de recibir una copia de su Aviso de Practicas de Privacidad. También entiendo que esta práctica tiene el derecho de cambiar su Aviso de Practicas de Privacidad y que puedo contactar la practica a cualquier momento para obtener una copia actual del Aviso de Practicas de Privacidad.

Nombre de Paciente o Tutor Legal (imprimir)

Fecha

Firma



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre de Paciente: _____ Numero de ID: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Al firmar abajo, yo por lo presente autorizo el uso o divulgación de mi información de salud identificable individual como descrito abajo. Yo entiendo que esta autorización es voluntaria. Yo entiendo que si la organización autorizada para recibir la información no está en mi plan de salud o proveedor de cuidado de salud, la información liberada puede no ser protegida por las regulaciones de privacidad federales.

Personas / organización proveyendo la información:	Personas / organización recibiendo la información:
Descripción específica de información (incluyendo fechas):	Propósito de uso o divulgación solicitada:

El paciente o el representate del paciente debe de leer y poner sus iniciales en las siguientes declaraciones:

Iniciales

1.	Yo entiendo que esta autorización tiene vencimiento el ____ / ____ / ____ (MM/DD/AA). Si no fallo en especificar una fecha de vencimiento, esta autorización se vencerá en seis meses.	
2.	Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a la organización que proporcione por escrito. Yo entiendo que la revocación no aplica a la información que ya haya sido liberada en respuesta a esta autorización y no aplicara a mi compañía de aseguranza cuando la ley proporcione a mi aseguradora con el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza.	
3.	Yo entiendo que mi cuidado de salud y el pago de mi cuidado de salud no será afectado si no firmo esta forma.	
4.	Yo entiendo que yo puedo ver y copiar la información descrita en esta forma y recibiré una copia de esta forma después de firmarla.	
5.	Si yo tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, yo puedo contactar el personal de oficina o el médico.	

Firma de Paciente o Representate Legal

Fecha

Si es Firmado por Representate Legal, Relación al Paciente

Firma de Testigo

Este documento será retenido por la organización proporcionarte por seis años.



Forma de Consentimiento de Correo-Electrónico

Nombre de Paciente _____ Fecha _____

Correo Electrónico de Paciente _____ # de Teléfono de Paciente _____

El LLC y sus Miembros de Personal serán referidos a lo largo de esta forma de consentimiento como "Proveedor".

1. EL RIESGO DE USAR SU CORREO ELECTRÓNICO PARA COMUNICARSE CON SU PROVEEDOR:

El proveedor ofrece la oportunidad a los pacientes a comunicarse por medio de correo electrónico. Transmitir información de paciente por medio de correo electrónico tiene un número de riesgos que los pacientes tienen que considerar antes de usar correo electrónico para comunicarse. Esto incluye, pero no está limitado a, los siguientes riesgos:

- a. Correos electrónicos pueden circular, ser reenviados, y ser guardados en papeles números o archivos electrónicos.
- b. Correos electrónicos pueden ser transmitidos en todo el mundo y pueden ser recibidos por personas no intencionadas.
- c. Remitente de Correo electrónico puede fácilmente escribir el correo electrónico equivocado.
- d. Un correo electrónico es fácil de falsificar que documentos escritos a mano o documentos firmados.
- e. Copias de respaldo pueden existir del correo electrónico aun después de que en remitente o destinatario haya borrado su copia.
- f. Empleadores y servicios en línea tienen el derecho de archivar e inspeccionar correos electrónicos transmitidos por medio de su sistema.
- g. Un correo electrónico puede ser interceptado, alterado, reenviado, o usado sin autorización o detección.
- h. Correo electrónico puede ser usado para introducir virus a su sistema de computadora.
- i. Un correo electrónico puede ser usado como evidencia en corte.

2. CONDICIONES PARA EL USO DE CORREO ELECTRÓNICO:

El proveedor usara medios razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de la información del correo electrónico enviado y recibido. Sin embargo, por los riesgos resaltados arriba, el Proveedor no puede garantizar la seguridad y confidencialidad de la comunicación del correo electrónico, y no será responsable por divulgación inapropiada de información confidencial que no es causada por la conducta intencional del Proveedor. Por lo tanto, el paciente debe de dar consentimiento al uso del correo electrónico para información del paciente. Consentimiento al uso de correo electrónico incluye este acuerdo con las siguientes condiciones.

- a. Todos los correos electrónicos al o del paciente acerca de diagnóstico o tratamiento serán imprimidos y hechos parte del archivo médico del paciente. Porque son parte del archivo médico, otros individuos autorizados al acceso del archivo médico del paciente tendrán acceso a esos correos electrónicos.
- b. El proveedor puede reenviar correos electrónicos internamente a personal del Proveedor y agentes necesarios para diagnósticos, tratamiento, reembolso, y otro manejo. El proveedor no, sin embargo, reenviar correos electrónicos a independientes personas terceras sin el consentimiento previo por escrito del paciente, excepto como autorizado o requerido por ley.
- c. El paciente es responsable de proteger su contraseña u otros medios de acceso al correo electrónico. El proveedor no es responsable por violación de confidencialidad causada por el paciente o personas terceras.
- d. El proveedor no se comprometerá en comunicación de correo electrónica que no sea legítima, tal como practicar medicina ilegalmente a través de las fronteras estatales.
- e. Es la responsabilidad del paciente de dar seguimiento y/o programar citas.



Forma de Consentimiento de Correo-Electrónico

3. RESPONSABILIDADES DE PACIENTE E INSTRUCCIONES:

Para comunicarse por medio de correo electrónico, el paciente debe de:

- a. Limitar o evitar usar la computadora de su empleador.
- b. Informar al Proveedor de cambios en su correo electrónico.
- c. Confirmar de que haya recibido y leído el correo electrónico de su Proveedor.
- d. Poner el nombre del paciente en el cuerpo del correo electrónico.
- e. Incluir la categoría de la comunicación en la línea de sujeto del correo electrónico, para propósitos de enrutamiento (ej. facturación y preguntas).
- f. Tomar precauciones para preservar la confidencialidad del correo electrónico, tal como usar protector de pantalla y contraseña de computadora.
- g. Retirar consentimiento solamente por correo electrónico o comunicación por escrito al Proveedor.

4. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:

El Proveedor debe tener el derecho de terminar inmediatamente la relación contigo si es determinado solamente en la discreción del Proveedor, que usted ha violado los términos y condiciones establecidas arriba o de lo contrario violado este acuerdo, o está comprometido/a en conducta cual el Proveedor determina no aceptable.

RECONOCIMIENTO, ACUERDO Y MANTENER SIN OFENSA DEL PACIENTE

Yo he hablado con el proveedor o sus representantes y he reconocido que he leído y entiendo completamente esta forma de consentimiento. Yo entiendo los riesgos asociados con la comunicación del correo electrónico entre el Proveedor y yo, y consiento las condiciones aquí. Yo estoy de acuerdo a las instrucciones descritas aquí, también como cualquier otra instrucción que mi Proveedor pueda imponer para comunicarse con el paciente por medio de correo electrónico. Cualquier pregunta que puede tener/ ha sido contestada.

Yo estoy de acuerdo de indemnizar y mantener sin ofensa al Proveedor y sus fideicomisarios, oficiales, directores, empleadores, agentes, información de proveedores y suministros, diseñadores de página web y mantenedores de y contra toda las perdidas, gastos, danos y costos, incluyendo cuotas razonables de abogado, relacionado a o surgiendo de cualquier información perdida debido a falla técnica, mi uso de internet para comunicar con el Proveedor, y cualquier incumplimiento por mí de estas restricciones y condiciones.

Nombre de Paciente (imprimir) _____

Firma de Paciente _____ Fecha _____



AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DE ARCHIVOS

A: _____

Yo por lo presente autorizo y solicito la liberación de copias:

_____ Archivo Medico Completo _____ Rayos-X _____ Laboratorio

_____ Reportes de Procedimientos Otro: _____

(Incluye archivos médicos actuales y previos de otras prácticas y médicos, hospitales, y/o clínicas, cual son parte de mi archivo médico.)

A:

Manella Health & Wellness, P.A.

Manella Family Practice, LLC

500 N. Hiatus Rd., Suite 201

Pembroke Pines, FL 33026

Teléfono (954) 381-8989 Fax (954) 381-8950

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

de Seguro Social: _____ # de Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Firma de Testigo: _____ Fecha: _____

_____ Solo Una Divulgación _____ Divulgación Continua por 120 días. Fecha de Terminación: _____

Yo por lo presente libero a la instalación de cualquier responsabilidad cual pueda resultar del uso de la información contenida in la liberación de archivos.

Nota: Hay una cuota de \$1.00 por página por las primeras 20 páginas y 35 centavos per página después de eso.