

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA POR MEDIOS ALTERNATIVOS
(Release of Medical Information by Alternative Means)

Nombre del Paciente: _____ Número de Seguro Social: _____

Yo autorizo a Mid-South Perinatal Associate, PC a divulgar la siguiente información médica:
(Circule Si o No)

Citas para volver:	Si	No	Resultados de Ultrasonido:	Si	No
Exámenes como paciente ambulatorio	Si	No	Llamadas para volver a una cita:	Si	No
Resultados de laboratorios	Si	No	Resultados de Amniocentesis	Si	No

Firma y fecha: _____

Mid-South Perinatal puede revelar la información mencionada anteriormente a las siguientes personas:

Nombre/Relación: _____

Nombre/Relación: _____

Nombre/Relación: _____

Firma y fecha: _____

Mid-South Perinatal puede revelar la información mencionada anteriormente mediante los siguientes medios alternativos: (coloque el número de teléfono o dirección)

Contestadora del teléfono: _____ Mensaje de voz: _____

Teléfono Celular : _____ Correo Electrónico: _____

Fax: _____

Firma y fecha: _____

Yo revoco esta liberación de información médica por medio de medios alternativos desde el _____
Fecha

Firma

Firma de la persona responsable si el paciente es menor de edad