



Cordero, Perez-Silva & Rodriguez, MD PA

2700 SW 3 Avenue, Suite 1-F
Miami, Florida 33129
Tel: (305) 285-2574
Fax: (305) 285-5505

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR/RECIBIR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA DE OTRA INSTITUCIÓN

El presente (paciente, padre, tutor o apoderado autorizado) solicita y autoriza a:

Nombre de la institución

Dirección

Ciudad, estado, código postal

Numero de teléfono

para que facilite mis expedientes médicos a:

Cordero, Perez-Silva & Rodriguez, PA
2700 SW Third Avenue, Suite 1-F, Miami, Florida 33129

Para el siguiente propósito (*para qué propósito se usará la información médica; ejemplo, atención médica continua u otra, especifique*): _____

Específicamente, la información de mi expediente que pueden utilizar (*marcar*):

_____ El expediente entero

_____ Solo el historial de vacunas

_____ Informes de radiografías o laboratorios

_____ Registros de emergencias (que días) _____

_____ Todo el expediente relacionado a (especifique) _____

_____ Otra (especifique) _____

Esta autorización se vencerá en la fecha de: _____
(Sin una fecha, la autorización permanecerá en vigor hasta 3 meses a partir de la fecha en que fue firmada)

Escribir nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma (paciente, tutor o apoderado autorizado)

Día