

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS
Y CANCELACIÓN DE CITAS DE FUTURO**

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono de casa: _____

_____ Otro teléfono: _____

Correo electrónico: _____

REQUESTING RECORDS FROM: _____

MAIL OR FAX RECORDS Trust Women Wichita, LLC

5107 E. Kellogg Dr
Wichita, Kansas 67218
Phone: (316) 260-6934
Fax: (316) 425-3451

Please release medical records pertaining to the following:

Reason for requesting records:

Autorizo la divulgación de los registros solicitados anteriores, incluidos los que puedan contener información confidencial relacionada con el VIH/SIDA, información relacionada con las enfermedades transmisibles confidencial, información confidencial relacionada con la salud mental, drogas y/o alcohol, o la historia sexual, y que la registros se enviarán al nombre y dirección antes mencionada. Asimismo, autorizo a que estos expedientes médicos pueden ser enviados por fax si es necesario. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se ha tomado esa acción basada en esta autorización. He dado mi consentimiento libre, voluntaria y sin coacción.

Firma de paciente

Relación al paciente

Date

(O padres/criador/a legal se es menor)