

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

MAIL OR FAX RECORDS TO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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)