



Autorización para Divulgar Información Médica

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Teléfono: _____

Por la presente autorizo a _____ a divulgar mis registros médicos a **AMG A Professional Medical Corp.** para la continuación de mi atención médica.

Por favor marque una opción:

- Registro Completo
- Información Específica: _____
- Otro: _____

Por favor envíe la información médica a:

Nombre del Médico: _____

Teléfono: (951) 335-8054

Dirección: 3975 Jackson Street, Suite 102, Riverside, CA 92503

Fax: (951) 281-1088

Entiendo que esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, excepto en los casos en que ya se haya tomado acción basada en esta autorización, o a menos que sea revocada de otra manera. **Esta autorización expirará 90 días después de la fecha en que fue firmada.** La instalación, sus empleados y médicos quedan exentos de responsabilidad legal por la divulgación de la información mencionada en la medida indicada y autorizada en este documento.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Tutor Legal (si aplica): _____ Fecha: _____