



Solicitud de Registro Médico

(Nombre de paciente)

(Fecha de nacimiento) (Seguro Social)

(Domicilio) (Ciudad, Estado, Código postal)

(Número de casa) (Número de Cell)

Autorizo:

Fayetteville Plastic Surgery Cape Fear Aesthetics MedSpa

2053 Valleygate Drive, Suite 102

Liberar registros a:

(Nombre del destinatario de registros **SI NO ES USTED MISMO**)

Fayetteville, NC 28304

(Nombre de negocio/ Facilidad médica)

(Dirección)

(Ciudad, Estado, Código Postal)

Información a ser liberada:

Registros completos de salud

Estudios de Vision

Reportes de Laboratorio

Notas del Médico

Fotografías

Consulta

Evaluación Física

Diagnósticos de Radiología

Otro (especifique)

Resumen de Alta

Reportes de Patología

La razón por la cual necesita esta información liberada:

Tratamiento Médico Seguro Legal Discapacidad **Otro** (especifique) _____

Al firmar este formulario, le autorizó a divulgar información médica confidencial sobre mí, divulgando una copia de mis registros médicos, o un resumen o una descripción de mi información médica, a la(s) persona(s) inscrita abajo.

Entiendo que proporcionará esta información dentro de 30 días de negocio después de recibir la solicitud.

Firma de Paciente/Madre/Padre: _____ **Fecha:** _____

(Si es firmada por cualquier otra persona que no sea el/la paciente, identifique su relación y el derecho de firmar)