

Autorización para la Divulgación de Información a CEH

135 Mocksville Avenue

Salisbury, NC 28144

P: (704) 237-4240

F: (704) 547-3150

Email: medicalrecords@cehcharlotte.com



Información del paciente:

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal : _____

Proveedor u organización que divulga la información:

Nombre del proveedor / organización: _____

Teléfono: _____ Número de fax: _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal : _____

Información a ser divulgada (marque todas las que correspondan):

- ☐ Todos los registros del paciente
- ☐ Notas de tratamiento / Notas de progreso
- ☐ Lista de medicamentos
- ☐ Resultados de laboratorio
- ☐ Otro (por favor especifique): _____

Propósito de la divulgación:

- ☐ Continuidad de la atención
- ☐ Seguro / Facturación
- ☐ Propósito legal
- ☐ Otro: _____

Al firmar este formulario, autorizo la divulgación de mi información de salud protegida al Centro de Salud Emocional (Center for Emotional Health) según lo descrito anteriormente.

X _____

Firma del paciente (o padre/madre/tutor legal)

X _____

Fecha