



First State Physicians
Physical Medicine & Rehabilitation Center
 Dr. Kevin J. McDermott, D.C.

RECORDS MEDICOS

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo autorizo _____ a entregar mis records personales /medicos solamente relacionados con el dia del accidente _____, a First State Physicians, direccion es 12 Fox Run Shopping Center, Bear, Delaware 19701. Estos records son pedidos para el proposito de me cuidado medico.

***** POR FAVOR REGISTROS DE FAX AL 302-836-6294. GRACIAS *****

Documentos pedidos incluyen:

- Resumen de alta
- Historia y física
- Informe operativo
- Notas de progreso físico
- Pruebas de diagnóstico
- Otras notas

Yo entiendo que estos firma es efectiva por 120 dias. Este puede ser revocado en cualquier momento, si deceo revocar esta carta necesito hacerlo por escrito a la oficina de First State Physicians.

 Firma

Fecha: _____

 Firma de la persona o representante legal

Fecha: _____

La divulgación de información específica autorizada para su divulgación se limita únicamente al destinatario mencionado anteriormente. Las regulaciones federales, 42 CFR Parte 2, prohíben la revelación de la información adjunta a menos que el contenido permita expresamente la revelación adicional de la revelación de otra manera está permitida por las regulaciones.