

# Southwest Women's Health, P.A.

Rebecca J. Shoden, MD  
Karen A. Williams, MD  
Kelly Drescher, MD

Karen L. Dwyer, PA-C  
Kathryn "Kay" Tanis, RNC, WHCNP  
Pam Fulton, CNM, MS, CFNP

Daphne Johnson, RNC, BS, WHCNP  
Kristen A. Gorbitz, RNC, WHCNP  
Linda Dominguez, RNC, WHCNP

## Autorización de Entrega de Información

Por favor ponga en molde su nombre y llene por completo el formulario; formularios incompletos son inválidos y no será procesado.

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer)

Nombre de Soltera o Nombre con Guión: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

ESTO AUTORIZA A MI INFORMACIÓN DE: \_\_\_\_\_  
(Oficina de Doctor(es)/Hospital/Centro Medico)

Debe incluir teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
(Código de Área) (Código de Área)

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### DEBE FACILITARSE A:

Southwest Women's Health, P. A.  
883 Lead SE, Suite A, Albuquerque, New Mexico 87102  
Phone: 505-247-8820 or Phone: 505-843-7131  
Fax: 505-246-9421

Citas en su oficina el: \_\_\_\_\_  
(Fecha de cita con el nombre de Doctor)

Todo el expediente medico ginecológico:  Laboratorio:  Otro: \_\_\_\_\_

- Yo entiendo que puedo revocar esta solicitud con cinco días, mediante notificación por escrito. \_\_\_\_\_ (Initials)
- Yo entiendo que la información usada o divulgada de conformidad con esta autorización puede se sujeta a una nueva divulgación por parte de destinatario y puede que ya no estén protegidos por la ley federal o estatal. \_\_\_\_\_ (Initials)
- Southwest Women's Health, P.A. no va a condicionar mi tratamiento, pago, inscripción (si procede) en un plan de salud o elegibilidad para beneficios de si me da autorización para el uso solicitado o de la divulgación. \_\_\_\_\_ (Initials)
- Esta información protegida de salud se esta utilizando o divulgada para tratamiento, pago yo operaciones de atención médica de la siguiente manera: La continuidad de cuidado. \_\_\_\_\_ (Initials)

Esta Autorizacion estará en vigor a partir de: \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_  
(Mes/Día/Año) (Mes/Día/Año)

Por favor esperé cinco hasta diez días hábiles para procesar su solicitud.

Firma: \_\_\_\_\_  
(Paciente o Padre/Madre/Tutor Legal) (Fecha)