

Accepted By: _____ Staff Initials
Received from: ___ Medical ___ Dental

Check if entered into Smart sheet: _____
Method of Release Mail: _____ Pickup: _____ Fax: _____



BLUESTEM HEALTH
1021 N.27th Street Lincoln, NE 68503 | Phone: (402) 476-1455 | Fax: (402) 476-1655

AUTORIZACION PARA ENTREGAR HISTORIAL MEDICO

Por favor complete este formulario con lápiz negro o azul, incluya el teléfono o número de fax.

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Entregar la Información de:

Entregar la Información a:

Bluestem Health Medical Records	Nombre:
1021 N 27 th Street	Dirección:
Teléfono: 402-476-1455	Teléfono:
Fax: 402-476-1655	Fax:

Propósito/Razón para entregar ésta información: _____

Entregar la siguiente información:

- Expediente Médico Reporte de Laboratorio Vacunas
 Lista de Medicamentos Expediente Dental Otros (Especifique abajo)

Yo autorizo la entrega del historial médico incluyendo el estatus de VIH/SIDA y tratamientos/exámenes de abuso de alcohol o sustancias controladas.

Iniciales: _____ Fecha: _____

Al firmar este formulario, yo autorizo a la agencia/proveedor o persona estipulada arriba, para entregar/discutir la información médica del paciente mencionado arriba, con la entidad identificada en la sección que dice "Entregar la Información a". Yo entiendo que puedo anular esta autorización por escrito en cualquier momento y que ésta caduca automáticamente en 12 meses, a partir de la fecha en que fue firmada. Mi firma abajo, indica que yo autorizo para obtener o entregar el record del paciente mencionado arriba. Yo entiendo que una vez que se ha entregado mi expediente, no hay ninguna garantía para prevenir que éste no sea re-entregado.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Padres: _____ Relación con el Paciente: _____ Fecha: _____