

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

Gardner Health Services (GHS) requiere autorización para la divulgación de información de salud del paciente. Completar este formulario valida la autorización de conformidad con las leyes federales y de California, pero no condiciona el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios. Lea atentamente y complete todas las secciones, ya que los formularios incompletos no serán procesados ni devueltos. También se debe proporcionar una identificación con foto para la verificación a fin de garantizar la seguridad de nuestros pacientes. Una vez recibida, su solicitud se enviará a nuestro servicio de copias Verisma y se procesará en un plazo de 5 a 7 días. Para seguimiento, llame a Verisma al: 1-866-442-9026.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____
 Nombre Segundo Apellido

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
 Mes Día Año Teléfono: _____

Numero de medico: _____ Soy el Paciente (Solicitud personal)

SOLICITAR INFORMACIÓN DE

Seleccione un centro de Gardner a continuación o proporcione otra información para saliente:

- Alviso Health Center: 1621 Gold Street, San Jose, CA 95002
- Compre Care Health Center: 3030 Alum Rock Avenue, San Jose, CA 95127
- Gardner Downtown Health Center: 725 E. Santa Clara Street, San Jose, CA 95112
- Gardner Health Center: 195 E. Virginia Street, San Jose, CA 95112
- Gardner Packard-Children's Health Center: 3350 El Camino Real, Ste 100, Atherton, CA 94027
- Healthcare For the Homeless: 195 E. San Fernando St., Ste. 100 San Jose, CA 95112
- Proyecto Primavera: 160 East. Virginia Street, Suite 100, San Jose, CA 95112
- South County Health Center: 7526 Monterey Road, Gilroy, CA 95020
- Specialty Service Center: 160 East. Virginia Street, Suite 280, San Jose, CA 95112 - **Salud Mental***
- St. James Health Center: 55 East. Julian Street, San Jose, CA 95112

Nombre del médico (requerido para la especialidad): _____

Otro (*Saliente*): _____
 Nombre Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) Telefono Fax

DIVULGAR INFORMACIÓN

Solicitado por:

 Nombre de la persona/organización Relación con la paciente

 Dirección Ciudad Estado Postal

 Teléfono Fax Dirección de correo electrónico

Revisión personal: el paciente solicita una revisión sus registros con el médico en el sitio. **Método de envío:** Correo Fax Otro

