

# Central Coast Oncology & Hematology

Amy McMullen, MD Michael Yen, MD PhD

## Autorización Para la Diseminación de los Registros Médicos

Información de paciente (Por favor use letra de molde)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### Libere Mis Expedientes Médicos DE

Central Coast Oncology & Hematology  Otro (Abajo)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Número de Fax \_\_\_\_\_

Mis expedientes médicos incluyendo:  Todo registros médicos

Solamente registros: \_\_\_\_\_

### Libere Mis Expedientes Médicos A

Central Coast Oncology & Hematology  Otro (Abajo)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Número de Fax \_\_\_\_\_

Mis expedientes médicos incluyendo:  Todo registros médicos

Solamente registros: \_\_\_\_\_

---

## Central Coast Oncology & Hematology

Amy McMullen, MD      Michael Yen, MD PhD

---

### Authorization for Release of Medical Records

Por favor envíe una copia de mis expedientes médicos por:

- Correo       Fax       Email no encriptado (no protegido)

Con mi firma autorizo la liberación de mis expedientes médicos.

---

Firma