
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 <u>DE</u>	
<input type="checkbox"/> Central Coast Oncology & Hematology	<input type="checkbox"/> Otro (Abajo)
Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____
Direccion _____	
Ciudad _____	Estado _____ Zona Postal _____
Número de teléfono _____	Número de Fax _____
Mis expedientes médicos incluyendo: <input type="checkbox"/> Todo registros médicos	
Solamente registros: _____	

Libere Mis Expedientes Médicos <u>A</u>	
<input type="checkbox"/> Central Coast Oncology & Hematology	<input type="checkbox"/> Otro (Abajo)
Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____
Direccion _____	
Ciudad _____	Estado _____ Zona Postal _____
Número de teléfono _____	Número de Fax _____
Mis expedientes médicos incluyendo: <input type="checkbox"/> 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