



Formulario de divulgación médica.

Estimado/a miembro

Nuestro objetivo es hacer todo lo posible para ayudarlo con sus necesidades médicas. Si usted o su familiar tiene un nuevo médico de atención primaria (PCP), su nuevo PCP debe tener una copia de su historia clínica. Complete y firme este formulario. Envíe el formulario a su antiguo médico.

Para: _____

Antiguo médico:

N.º de teléfono:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

APRUEBO Y SOLICITO QUE ENVÍE UNA COPIA DE MI HISTORIA CLÍNICA A

Para: _____

Nuevo PCP de Molina:

N.º de teléfono:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Su nombre:

Firma del paciente o tutor legal:

Su dirección:

Relación con el paciente:

Ciudad, Estado, Código Postal:

Fecha