



**FORMULARIO DE LIBERACIÓN DE RECONOCIMIENTOS MÉDICOS Y
RECONOCIMIENTOS DEL PACIENTE
("Lanzamiento")**

Opciones: *Marque solo una casilla.*

- 1) Deseo que los registros médicos del paciente ("Registros del paciente") se envíen al médico que se cita a continuación. Autorizo a Seelig + Cussigh HCO, LLC a publicar los registros completos de pacientes, que incluyen parte o la totalidad de la siguiente información médica personal: copias de todos los exámenes médicos, resúmenes de admisión / alta, copias de informes de laboratorio / rayos X e información sobre cualquier evaluación o tratamiento para trastornos psiquiátricos, de alcohol y drogas. Esta versión incluye toda la información desde la fecha del primer tratamiento. Libere esta información a:

Médico/Grupo médico

Dirección Suite _____

Ciudad Estado Código postal Número de teléfono del médico

Para la opción # 1, envíe este fax al (844) 919-1630 o envíelo por correo a la dirección indicada anteriormente.

- 2) Deseo que envíen mis registros de paciente. Entiendo que he revisado con Seelig + Cussigh el contenido de mi registro médico completo y que van a compartir los componentes de los registros de pacientes solicitados por mí con la persona citada anteriormente.

Para la opción #2; envíe este formulario completo a Seelig + Cussigh a la dirección indicada anteriormente.

- 3) **Elijo que mis registros de paciente se destruyan por completo y no autorizo la publicación de ninguna parte de mis registros de paciente.**

Para la opción #3, envíe este comunicado por fax al (844) 919-1630 o envíelo por correo a la dirección indicada anteriormente.

