



# Monmouth Family Health Center, Inc



**Monmouth Family Health Center**  
**Medical/Pediatrics/Podiatry/Behavioral Health**  
 270 Broadway  
 Long Branch, NJ 07740  
 Phone: (732) 923-7100  
 Fax: (732) 923-7104

**Woman's Wellness Center of**  
**Monmouth Family Health Center**  
 OB/GYN Services  
 80 Pavillion Avenue  
 Long Branch, NJ 07740  
 Phone: (732) 963-0114  
 Fax: (732) 229-0266

**The Dr. Barry Elbaum**  
**Dental Center at**  
**Monmouth Family Health Center**  
 335 Broadway  
 Long Branch, NJ 07740  
 Phone: (732) 475-3800  
 Fax: (732) 483-6444

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Registros de Solicitud de Salida:**

Yo autorizo a Monmouth Family Health Center  
Divulgar mi información médica a:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Fax #: \_\_\_\_\_

**Registros de Solicitud por MFHC:**

El paciente mencionado anteriormente esta siendo tratado por MFHC  
y esta información se requiere lo antes posible para continuar con la atención médica.

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Fax #: \_\_\_\_\_

Esta autorización está limitado a la siguientes fechas y tratamiento: Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

**Information a revelar:**

\_\_\_\_ CARTILLA DE VACUNACION

\_\_\_\_ RESULTADOS DE LABORATORIO SOLAMENTE

\_\_\_\_ RECORD COMPLETO

\_\_\_\_ NOTAS DE PROGRESO

\_\_\_\_ LISTA DE MEDICAMENTO

\_\_\_\_ INFOMACION DE FACTURACION

\_\_\_\_ PEDIDOS

\_\_\_\_ REPORTES DE CONSULTAS

\_\_\_\_ NOTAS DE PROCEDIMIENTO

\_\_\_\_ RADIOGRAFA DENTAL

\_\_\_\_ RECORDS DENTALES

\_\_\_\_ OTRO- ESPECIFIQUE

Entiendo que la información a ser divulgada incluye mi identidad, diagnóstico y tratamiento incluyendo información sobre DERECHOS REPRODUCTIVOS, TUBERCULOSIS Y OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS, según corresponda.

Es mi intención que el uso de la información provista esté prohibido para cualquier propósito que no sea el mencionado anteriormente y que el destinatario tenga prohibido divulgar esta información a cualquier parte a quien la divulgación no sea necesaria o requerida para el propósito establecido anteriormente.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al Monmouth Family Health Center. Entiendo que la revocación no se aplicará en la medida en que Monmouth Family Health Center ya haya tomado medidas en virtud de esta autorización. Esta autorización vencerá automáticamente en 120 días a partir de la fecha de la firma, a menos que especifique lo contrario que esta a autorización terminará en la siguiente fecha, o simultáneamente con el siguiente evento o condición:

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento, pago o inscripción o elegibilidad para los beneficios. Entiendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información que se usará o divulgará, según lo dispuesto en CFR 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y es posible que la información no esté protegida por las normas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo comunicarme con Monmouth Family Health Center al (732) 923-7100.

NOMBRE DE PACIENTE/GUARDIAN: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA DE PACIENTE/GUARDIAN: \_\_\_\_\_

Si es representante legal, firme abajo e indique la relación y autoridad para hacerlo y adjunte el documento de autoridad

LEGAL REPRESENTATIVE: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_

RELATIONSHIP: \_\_\_\_\_

WITNESS: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_