



7<sup>th</sup> Street Clinic - 9303 N. 7<sup>th</sup> Street, Suite #4, Phoenix, AZ 85020  
 McDowell Clinic - 3516 W. McDowell Rd., Phoenix, AZ 85009  
 Hope Mobile Clinic - ...On the move serving our community  
 (602) 305-5100      www.LCWcaz.org      info@lcwcaz.org

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_, Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Autorizo que Life Choices Women's Clinic envíe mis expedientes médicos a:

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad/Estado/ \_\_\_\_\_  
 Código postal: \_\_\_\_\_  
 Fax #: \_\_\_\_\_

Esta autorización será efectiva sólo por 90 días desde la fecha indicada abajo:

He leído y entiendo completo tan mente la información en esta hoja:

\_\_\_\_\_  
*Firma del paciente* \_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Nombre Impreso*

Una copia de una identificación con fotografía debe incluir con este formulario de autorización.

**Envíe el formulario y la identificación completados por fax al 602-870-7697**

*For Office Use Only below this line*

Records Release completed as indicated:

- Provided copy in person
- Mailed as indicated above
- Faxed as indicated above
- Provided copy in person to proxy: \_\_\_\_\_  
*Name*

\_\_\_\_\_  
*LCWC Staff Signature* \_\_\_\_\_  
*Date*