



Formulario de divulgación médica

Estimado/a miembro:

La meta de Molina es hacer todo lo posible para ayudarle con sus necesidades médicas. Si usted o un miembro de su familia tiene un nuevo médico de atención primaria (PCP), su nuevo PCP debe tener una copia de su historia clínica. Llene y firme este formulario. Envíe el formulario a su médico anterior.

Para: _____

Médico anterior

Núm. de teléfono

Dirección

Ciudad

Estado

Correo postal

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

Para: _____

Nuevo PCP de Molina

Núm. de teléfono Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Su nombre

Su dirección

Ciudad, estado, código postal

Firma del paciente o tutor legal

Relación con el paciente

Fecha