



PROPATH

A Sonic Healthcare Anatomic Pathology Practice

Autorización del paciente para la publicación de registros

Por favor complete y fax a ProPath al 214.237.1731

Nombre del paciente: _____

Numero de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Numero(s) de acceso: _____

Fecha(s) de servicio: Todos De: _____ Hasta: _____

Por la presente se autoriza y solicita a ProPath que entregue los siguientes artículos para el paciente mencionado anteriormente al médico / centro médico en la dirección que se proporciona a continuación:

Portaobjeto de tejido

Reporte(s) del paciente

Bloques de tejido

Otro: _____

Instrucciones especiales: _____

Enviar materiales a:

Médico / Centro médico

Departamento / Atención

Dirección

Ciudad

Estado

Cremallera

Firma autorizada del paciente o tutor

Fecha

Una fotocopia de esta autorización se considerará válida como el original.