



Autorización para obtener información médica

Al firmar este formulario, autorizo la siguiente información para ser liberado de la historia medica de:

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Dirección/Domicilio: _____

PARA: _____ **DE:** _____

Telefono #: _____ Fax #: _____ Telefono #: _____ Fax #: _____

POR FAVOR REVISE LA INFORMACION QUE SE PUBLICARÁ

Documentos solicitados para comenzar el tratamiento médico de _____ a _____.

Notas Clínicas Reporte de Rayos X Estado de Cuenta

Copias de los Registros Fuera de Nuestra Oficina Reporte de Laboratorio

Todos los Registros Otro (especificar): _____

Incluir información (en su caso):

HIV/SIDA Alcohol or Drogas Hepatitis B Salud Mental

Esta información se va a utilizar para el propósito específico designado de:

la Atención al Paciente Continúo Uso Personal Determinación de Incapacidad

Seguro Comercial Legal/Abogado Revisión de Registros Médicos Sólomente

Segunda opinion de otro médico, Dr. _____

Otro (especificar): _____

Entiendo que mis expedientes son confidenciales y no pueden ser divulgados sin mi autorización por escrito, exepto por la disposición de la ley.

Entiendo que una fotocopia de esta autorización es tan válida como el original.

Me pueden cobrar por copias dependiendo del número de páginas solicitadas.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. En la ausencia de mi revocación previa, esta autorización expirará automáticamente en un año.

Firma del Paciente o Representate Legal

Fecha

Testigo: _____

Porfavor mande por fax al (512) 320-1588 Atención: Registros Médicos