

Firma del Paciente o Garante

Fecha



6565 West Loop South #800 | Bellaire, TX 77401 | P: 713.661.4383 | F 713.661.4346

Autorización para Divulgar / Obtener Información de Atención Médica

Nombre del paciente: _____
(Primer Nombre) (Inicial) (Apellido)

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Número de Seguridad Social: _____ - _____ - _____

Yo autorizo: Howard Gerber, MD Craig Teller, MD Rod Mahmoudizad, MD
 Geeta Patel, MD Catherine Papisakelariou, MD Rachel Chacko, PA-C
 Katy Hogan, PA-C Elizabeth Charpiot Mackie, PA-C Angela Husted, PA-C

a: lanzamiento o obtener

la siguiente información de mis registros médicos a / desde (encierre uno):

Nombre de la Persona / Facilidad: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Número de Teléfono: (_____) _____ - _____ Número de fax: (_____) _____ - _____

Por favor, compruebe toda la información que se dará a conocer:

____ Historia y Física ____ Resultados de Patología / Diapositivas ____ Informes Operativos
____ Notas de Progreso ____ Resultados de Laboratorio ____ Otros (especificar) _____

Esta autorización cubre la atención médica de: _____ a _____
(fecha) (fecha)

El propósito para la divulgación de esta información es:

____ Uso Personal ____ Propósitos Legales ____ Seguro ____ Atención Médica
____ Seguro Social / Discapacidad ____ Otro (por favor especifique) _____

Autorización para enviar expedientes médicos por fax: sí o no

Entiendo que esta autorización es válida por 180 días a partir de la fecha de la firma. También entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción ya se haya realizado antes del recibo de la revocación. Además, entiendo que se puede cobrar una tarifa por preparar y proporcionar esta información de acuerdo con las decisiones establecidas por la Junta Estatal de Examinadores Médicos del Estado de Texas..

Firma del paciente

Fecha