

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   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   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

**Restablecer Formulario**