

Autorización para Liberar Información Médica.

Nombre del paciente

Fecha de Nacimiento

Ciudad, Estado, Código postal

Numero de Teléfono

Siendo yo la persona autorizada y la que firma este papel. Autorizo/ requiero, que compartan el historial médico de mis hijos o hijo, con el doctor o la oficina medica aquí mencionada.

Nombre del Doctor/Oficina/Clínica/Hospital

Direccion

Telefono de la Oficina

Ciudad, Estado, Codigo postal

Telefono fel Fax

Por favor Mande mi historial médico a la siguiente dirección o número de Fax:

Children's Choice Pediatrics
6587 Virginia Parkway
McKinney, TX, 75061
972-548-8382 Fax 972-547-9951
Cheryl Eley, MD Audrey Johnson, MD
Linh Ho, MD

El historial médicos solicitado Contiene:

(Favor de poner sus iniciales en las líneas del al lado.)

_____ Toda la información de la salud, incluyendo información relacionada a HIV, SIDA, ENFERMEDADES VENEREAS, DESORDENES PSIQUIATRICOS, O ABUSO DE DROGAS Y BEBIDAS ALCOHOLICAS.

_____ Toda la información de la salud, excluyendo información relacionada a HIV, SIDA, ENFERMEDADES VENEREAS, DESORDENES PSIQUIATRICOS, O ABUSO DE DROGAS Y BEBIDAS ALCOHOLICAS.

Las instalaciones y sus médicos quedan en libertad y exento de toda responsabilidad. Y la persona autorizada para firmar este papel no actuara en contra de esta clínica y sus doctores por liberar los historiales médicos.

Paciente o Representante Autorizado

Fecha de Firma