

# Autorización Para Liberar Información Médica

**Children's Choice Pediatrics**

**6587 Virginia Parkway**

**McKinney, TX 75071**

**Numero de Telefono: 972-548-8382    Numero de Fax: 972-547-9951**

_____	_____
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 de Fax

El historial médicos solicitado contiene: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Favor de poner sus iniciales en las líneas de 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