



3270 Joe Battle, Suite #360
El Paso, TX 79938

TELEFONO: 915.351.9000
Fax: 915.351.9041

DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA

Yo doy mi autorizacion a la **Dra. Lee** al personal, para que liberen o soliciten, cualquier o toda la informacion de mi record medico

Nombre del Doctor, Hospital, Persona, Instituto, Agencia o Yo misma

Domicilio Ciudad Estado Codigo Postal

Numero de Telefono: Numero de Fax:

DIVULGAR INFORMACION SOLO COMO SE INDICA A CONTINUACION

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Record Medico Completo | <input type="checkbox"/> Abuso/Dependencia a Sustancias |
| <input type="checkbox"/> Informe Operativo | <input type="checkbox"/> Tratamiento de Salud Mental/Siquiatrico |
| <input type="checkbox"/> Informe de Laboratorio/Patologia | <input type="checkbox"/> Informacion de VIH/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Informe de Radiologia | <input type="checkbox"/> Enfermedades de Transmicion Sexual |
| <input type="checkbox"/> Informe de Estudios del Sueño | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Informacion medica verbal puede ser entregada a las siguientes:

NO se entregue ninguna parte de mi informacion medica a:

Nombre del Paciente: Fecha de nacimiento: NSS:

Firma de paciente: Fecha:

Testigo/Personal de oficina: Fecha:

Persona solicitando record medico si no es el paciente

Nombre: Parentezco con el paciente:

Firma: Fecha:

Este consentimiento es valido desde hoy y vencera cuando yo asi lo decida. Yo entiendo que la informacion usada o divulgada de acuerdo a este consentimiento, puede ser revelada por el recipiente y puede no estar protegida por la ley federal o estatal.

Si va a transferir su cuidado medico a otro proveedor, porfavor seleccione la cajilla apropiada:

- Saliendo de la ciudad Insatisfecho Otro, porfavor explique _____