

CORRIDOR PRIMARY CARE PEDIATRICS
601B Leah Ave
San Marcos, Texas 78666
PHONE: (512) 392-1700 FAX: (512) 396-8743
REQUEST FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS

Nombre de Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Entiendo que mis registros médicos y los de mi hijo son confidenciales y no pueden divulgarse sin mi autorización por escrito, excepto que la ley disponga lo contrario. Por la presente autorizo voluntariamente que la información de salud de la persona mencionada anteriormente se intercambie entre:

De: _____ A: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

El(los) propósito(s) específico(s) de esta divulgación es(n):

- ☐ Mi uso personal
☐ Compartir con otro proveedor de atención médica
☐ Otra (especificar) _____
☐ Quiero ☐ no quiero que incluya información relacionada con el diagnóstico y/o tratamiento de pruebas de VIH, SIDA, enfermedades psiquiátricas y abuso o dependencia de alcohol o sustancias químicas, si corresponde.

Información específica que se divulgará: (Marque todo lo que corresponda)

___ Historial médico completo ___ Solo registro de vacunas ___ Laboratorio/radiografía
___ Historia y exámenes físicos ___ Nota de progreso ___ Resumen de alta

___ Otra _____

* Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a la oficina por escrito.

* Entiendo que esta autorización vence a los 180 días a partir de la fecha de su firma, a menos que se revoque lo contrario.

* Entiendo que una vez que se divulga la información anterior, el destinatario puede volver a divulgarla y es posible que la información no esté protegida por las leyes o regulaciones federales de privacidad.

*Entiendo que una fotocopia o facsímil de esta autorización es tan válida como el original

Fecha

Firma del paciente, padre o tutor autorizado

Imprimir nombre