



MEDICAL RECORD RELEASE FORM

El Paso, TX 79936

Telephone: 915-591-7704

Fax: 915-591-7734

Nombre del paciente y fecha de nacimiento fecha

Teléfono de dirección #

Autorizo:

Name _____ teléfono # _____

Address _____ fax # _____

Para publicar información médica a:

Name _____ teléfono # _____

Address _____ fax # _____

Todos los registros

Registros específicos de __ to _____

Inmunizaciones & exámenes físicos

Informes radiológicos (rayos X, ultrasonido, TAC, RM, etc.)

Firma del paciente o tutor legal fecha

Relación con el paciente

Esta versión autoriza la divulgación de registros por un año a partir de la fecha firmada anteriormente. Entiendo que estos registros están protegidos bajo la ley federal y/o estatal y no pueden ser divulgados sin consentimiento por escrito a menos que la ley disponga lo contrario. Además, entiendo que el tipo específico de información que se divulgará puede, en su caso, incluir el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento para enfermedades físicas y/o mentales, incluido el tratamiento del abuso de alcohol o sustancias, el síndrome de inmunodeficiencia automática (SIDA), complejo relacionado con el SIDA (ARC) o infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) para cualquier admisión. Entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento y que debe hacerse por escrito a menos que la instalación, que es para hacer la divulgación de información, ya lo ha hecho en dependencia de la declaración.