



1872 N. Lake Forest Drive * McKinney, Texas 75071 * T: (972) 548-0758 * F: (972) 548-0425

Autorización para la Divulgación de Expedientes Médicos

Entiendo que los registros médicos son confidenciales mi hijo y no puede ser divulgada sin mi autorización por escrito, salvo disposición en contrario por la ley.

Por la presente autorizo la liberación de la siguiente información de los registros de:

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

La siguiente información puede ser divulgada a / obtener información de:

Nombre:			
Dirección:			
Teléfono:		Fax:	

Información que se entregará: (Marque todo lo que corresponda)

Registro de Inmunización
 Cada paciente se Prueba y / o resultados
 Otro _____

Propósito de la divulgación: (Marque todo lo que corresponda)

Propósitos Legales
 Personal del archivo
 Especialista
 El traslado a otro médico
 Escuela / Cuidado Requisito Día

Yo [] SI [] NO desea incluir la información relativa a enfermedades de transmisión sexual (s), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información acerca de los servicios de salud mental o de comportamiento y el tratamiento para el alcohol o abuso de drogas.

Copia de las tasas de Expedientes Médicos:

Entiendo que hay un canon por la totalidad de lanzamiento del disco con un cargo de \$ 25.00 para las primeras 20 páginas, y \$ 0,15 la hoja a partir de entonces. Habrá un adicional de \$ 15,00 tasa por la ejecución de una declaración jurada. **Habrá una excepción a la cuota si "transferencia a otro médico" o "especialista". Tenga en cuenta** que la instalación que está solicitando los registros de tener un máximo de 15 días por la ley para la transferencia de sus archivos. Si los registros son necesarios antes de los 15 días, se le podría cobrar en consecuencia.

Esta autorización será válida por un año a partir de la fecha de su firma.

Padre del Tutor (Impreso)

Número de teléfono

Firma del padre del tutor

Fecha

