

Digestive Specialists, P.A.

Lynn R. Copeland, MD, FACP, FACG ~ Abraham Winkelstein, MD, FACP, FACG
 Anna Gonzales, MD ~ Ali Tarkan Dural MD, FACG ~ Edward S. Xavier, MD ~ Vanitha Bala, MD

111 Vision Park Blvd Suite 150, The Woodlands, Texas 77384
 PHONE: 936-321-0033 FAX: 936-321-0032

AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE LA INFORMACION CONFIDENCIAL

Nombre del paciente: _____

 Dirección: _____
 Dirección de envío Ciudad Estado Código Postal

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Numero de seguro social: ____--____--____

AUTORIZA: DIGESTIVE SPECIALISTS, P.A.

Para liberar la siguiente información a:

Nombre de la persona/Centro: _____

(Si la solicitud de registros para si mismo, poner *su nombre* en la línea de arriba)
 Dirección: _____
 Dirección de envío Ciudad Estado Código Postal

 Notas Operativos Laboratorio Radiografías
 Patología Resultados de HIV Otro (especifique por favor) _____

 Registros de la atención de las siguientes fechas: _____ a _____
 (Si no hay fecha (s) concretas necesarias, escriba "Todo" en la línea arriba)
Por favor, verifique una opción a continuación: NOTA: NO podemos enviar por CORREO ELECTRONICO los registros

_____ Correo _____ Fax -> # de Fax: _____ - _____ - _____ _____ Recoger en esta oficina

Propósito: Atención Medica Seguro Abogado Otro (especifique por favor) _____
 Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción ha sido tomada en dependencia de ella y que, en cualquier caso, esta autorización No Caducar; o expirara 180 días a partir de la fecha de mi firma, salvo que se especifique por escrito aquí. (Por favor, elija uno de los anteriores)

La firma del paciente

Para El Partido de recibir esta información:

El abajo firmante, he leído lo anterior y autorizar a la persona o instalación se señaló anteriormente a revelar dicha información aquí contenida. Yo entiendo que cuando sea utilizada o divulgada conforme a esta autorización esta información, puede ser sujeta a una nueva divulgación por el recipiente y ya no puede ser protegida. Yo libero y mantener indemne a la instalación arriba citada, o médico de toda responsabilidad y daños que resulten de la liberación sin ley de mi información de salud protegida.

La firma del paciente

 _____/_____/_____
 Fecha

Testigo

 _____/_____/_____
 Fecha
* SOLO PARA USO INTERNO * Los registros fueron enviados por Correo Fax Recogieron en _____* OFFICE USE ONLY * (Records were sent by Mail Fax Picked up on) (Initials and Date)