

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 de paciente: _____

Dirección: _____
Dirección de envío Ciudad Estado Código Postal

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

AUTHORIZA: Nombre de la medico/centro: _____

Fax #: ____ - ____ - ____ Teléfono: ____ - ____ - ____

Dirección: _____

Ciudad, Estado y Código Postal: _____

Por favor divulgar la siguiente información medica para:

Digestive Specialists, P.A.

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

____ Correo/Mail

Fax → Fax # 936-321-0032

Propósito de la divulgación: Atención Medica

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 * Esta solicitud fue enviada por Correo Fax en _____

* OFFICE USE ONLY *

(This request was sent by Mail Fax on)

(Initials and Date)