



**Centro de Digestión e Hígado, P.A.
Formulario de Liberación de Registros Médicos**

Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguridad Social: _____

Esto le autoriza a proporcionar una copia, resumen o narrativa de mis registros médicos (como lo indica la(s) marca(s) a continuación) o de lo contrario revelar información confidencial.

Registro completo

Registros de atención desde la fecha: _____ hasta _____

Registros concernientes a las siguientes condiciones: _____

Otro, Por favor especifique: _____

Consulte verbalmente con la(s) persona(s) que se enlistan a continuación acerca de mi información médica:

VIH / Sida: Doy mi consentimiento para revelar cualquier resultado positivo o negativo de infección por VIH o SIDA, los anticuerpos por SIDA o infección con cualquier otro agente causante del SIDA con el resto de mis registros médicos.

Inicial: _____ Fecha: _____

Esta información puede ser revelada a la(s) siguiente(s) persona(s) / entidad:

Nizam Meah, M. D. 109
Parking Way
Lake Jackson, TX 77566

Familia / Cónyuge (nombre): _____

Otro (por favor rellenar) _____

Las razones o propósito de esta divulgación de información son los siguientes:

Firma: _____ Fecha: _____

Padre o Tutor (si aplica)

Entiendo que ustedes van a proporcionar esta información dentro de los 15 días desde la recepción de la solicitud y que una tarifa por el suministro de esta información puede ser cargada al paciente solicitante de acuerdo a las resoluciones establecidas por la Junta de Examinadores Médicos del Estado de Texas.



IMPRIMIR

Visite nuestro sitio web www.YourGICenter.com