

PREMIER —pediatrics—

411 Lantern Bend Dr Suite 235 Houston, TX 77090
Phone: 281-979-2112 ~ Fax: 281-884-3558
www.premierpediatricshouston.com

Paciente Nombre _____ Fecha de Birth _____

Dirección _____

Número de teléfono _____

Lance por favor la siguiente información sobre la salud:

Todo Medical Gráfico y récords sólo

Registro de Inmunización

Lab y XRAY

ER visit a

Otro (describir) _____

La razón (s) para esta versión de la información

Salir de la zona

Transferencia de Atención

Otros (describa) _____

Obtener registros de

Suelte los registros A

Instalación: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

FAX: _____ TELÉFONO: _____

Por favor información completa en su totalidad. Se requiere un nombre de la instalación y el número o número de fax para procesar esta solicitud. La información incompleta retrasará su solicitud

AVISO LEGAL: Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, enviando una notificación por escrito a la oficina que se indica a continuación. Entiendo que la revocación no es efectiva en la medida en que la Organización se ha basado en esta autorización en sus acciones. Además, la revocación no es efectiva si esta autorización se obtuvo como condición para obtener una cobertura de seguro, como otra ley proporciona el asegurador el derecho a impugnar una reclamación bajo la póliza o la política misma.

RESTRICCIONES: Sólo los registros médicos se originó a través de este centro de salud se copiarán a menos que se solicite lo contrario. Esta autorización es válida sólo para la divulgación de información médica antes de la fecha e incluyendo la fecha de esta autorización a menos que se especifiquen otras fechas.

Entiendo que la información en mi historial médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o de comportamiento, y el tratamiento de abuso de alcohol y drogas.

He leído la anterior autorización anterior para la divulgación de información y por este medio reconocer que estoy familiarizado con y entender completamente los términos y condiciones de esta autorización.

Representante Firma del paciente/padres/tutor/Autorizado

Nombre Impreso del Paciente/Padre/Tutor/Representante Autorizado

Fecha

Relación con el paciente