

Jose C. Cortez, MD
George M. Seremetis, MD
Danielle Sweeney, MD
Amanda Hodge, RN, CPNP
Sarah Bushner, RN, CPNP



Children's Urology
1301 Barbara Jordan Blvd., Suite 302
Austin, Texas 78723
Phone: (512)472-6134
Fax: (512)472-2928

LIBERACION DE HISTORIA MEDICA

Firmando esta forma, yo authorizo _____ para liberar informacion confidencial de salud acerca de mi/acerca de mi niño/a, liberando und copia de historia medica de mi hijo/hija o de un resumen o la narrative de mi informacion protegida de la salud de mi hija/hijo, a la persona(s) o la entidad listo abajo.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Los Registros para ser liberados de la persona(s) siguiente/la entidad:
Nombre: _____
Direccion: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Las limitaciones en la informacion usted puede liberar sujeto a esta forma de la liberacion son sigue como:

Libere mi informacion protegida de salud a la entidad siguiente de la persona(s):

Nombre: _____
Direccion: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

La razón ó el propósito para esta liberacion de informacion:

Firma del Paciente [o padres, el guardián ó representante legal]:

En letra de molde: _____
Firma: _____ Fecha: _____

Entendido que usted proporcionará este información dentro de 15 dias del recibo del pedido y que un honorario para preparar y proportcionar esta inforacion puede ser cargada según el conjunto de resoluciones adelante par Texas State Board of Medical Examiners.