

Jose C. Cortez, MD George
M. Seremetis, MD Leslie T.
McQuiston, MD Vani S.
Menon, MD Kelly J. Nast, MD
Mary "Katie" Wang, MD



CEDAR PARK LOCATION
1301 Medical Parkway Suite 310
Cedar Park, TX 78613

PHONE (512) 472-6134
FAX (512) 472-2928
childrensurology.com

Liberacion De Historia Medica

Firmando esta forma, yo autorizo _____ 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):

CHILDREN'S UROLOGY
1301 Barbara Jordan Blvd Suite 302
Austin, TX 78723
PHONE (512) 472-6134
FAX (512) 472-2928

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 proporcionan esta inforacion puede ser cargada según el conjunto de resoluciones adelante par Texas State Board of Medical Examiners.