

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



**CHILDREN'S UROLOGY**  
1301 Barbara Jordan Blvd, Suite 302  
Austin, TX 78723  
PHONE (512) 472-6134  
FAX (512) 472-2928  
AFTER HOURS (512) 406-3112  
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.