

Plaza Medical Centre

700 N Pearl St, Suite N208
Dallas, TX 75201
Tel: (214) 999-9355



Griego Family Medical Centre

2701 S Hampton Rd, Suite 101
Dallas, TX 75224
Tel: (214) 330-9221

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR RECORDS MÉDICOS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (POR FAVOR EN LETRA DE IMPRENTA):

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Dirección: _____ **Apto:** _____
Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____
Teléfono: _____ **Número de Seguro Social:** _____

DIVULGACIÓN DE RECORDS MÉDICOS DE:

Nombre: _____
Dirección: _____ **Apto:** _____
Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____
Teléfono: _____ **No. de Fax:** _____

DIVULGACIÓN DE RECORDS MÉDICOS A:

Nombre: _____
Dirección: _____ **Apto:** _____
Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____
Teléfono: _____ **No. de Fax:** _____

Por favor mande una copia de los siguientes records médicos solamente:

- Reportes y Resultados de Exámenes de Laboratorio
- Reportes de Exámenes Diagnósticos
- Reportes de Consulta
- Record de Inmunizaciones/Vacunas
- Notas de la Última Visita Clínica
- Record Complete

POR MI FIRMA. YO AUTORIZO LA DIVULGACION DE RECORDS MEDICOS.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____