

# Reumatología Avanzada de Houston

Oficinas del Dr. Tamar F Brionez

## Autorización para la divulgación de información confidencial

10857 Kuykendahl Rd Suite# 120

The Woodlands, TX 77382

Oficina: 281-766-7886

Fax: 281-719-9320

[www.advancedrheum.com](http://www.advancedrheum.com)

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Ssn \_\_\_\_\_

Autoriza: nombre de la persona/de la facilidad \_\_\_\_\_

Dirección o número de fax \_\_\_\_\_

Para liberar la siguiente información médica a **Reumatología avanzada de Houston**. Marque todo lo que pueda ser liberado:

Historia                      Informes de laboratorio    Informe operativo                      Informes psicológicos

Física                      Radiografía                      Plan de atención                      Progreso Notas

Informe EKG                      Reportes de terapia                      Otro (especifique) \_\_\_\_\_

Nota: los pacientes conmemorativos de Hermann Must inicial de la siguiente declaración:

"Reconozco y consiento por este medio que la información publicada puede contener alcohol, abuso de drogas, psiquiatría, pruebas de VIH, resultados del VIH, o información sobre el SIDA "inicial aquí \_\_\_\_\_

Esta autorización cubre la atención del paciente prestada \_\_\_\_ Para \_\_\_\_\_ fechas

Finalidad de la divulgación:

Atención médica                      Seguro                      Abogado                      Otro (especifique) \_\_\_\_\_

La autorización será válida por 90 (90) días a partir de la fecha de la firma a continuación, a menos que sea revocada por escrito por el paciente antes de dicha expiración.

El paciente acuerda que una fotocopia de esta autorización puede considerarse válida. El Sí

El No

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_