



AUTORIZACION PARA LIBERAR REGISTROS MEDICOS

Yo autorizo que la informacion de salud confidencial, sea liberada de el registro medico de:

APELLIDO (EMPRIMA)	NOMBRE	FECH DE NACIMIENTO
DIRECCION	CIUDAD/ ESTADO	CODIGO POSTAL
NUMERO DE TELEFONO	ULTIMOS 4 # DE SS	
Liberar Registros IKP Family Medicine <input type="checkbox"/> A: 21309 Foster Rd <input type="checkbox"/> DE: Suite 100 Spring, TX 77388 Fax 281.907.6003 Phone 281.587.1700		Liberar Registros <input type="checkbox"/> DE: NOMBRE/ ORGANIZACION <input type="checkbox"/> A: _____ DIRECCION _____ CIUDAD/ ESTADO _____
Dr/NP: _____	TELEFONO	FAX

REGISTROS POR SOLICITAR:

FECHA/S DE SERVICIO:

- REGISTRO COMPLETO (Complete Record)
- NOTAS DE VISITA DE OFICINA (Office Visit Note)
- ANALISIS DE SANGRE(Lab Work)
- RADIOLOGIA (Radiology)
- INMUNIZACION (Immunizations)
- OTRO/ESPECIFICAR(Other/Specify)

RAZON POR LA SOLICITACION DE REGISTROS:

Cuidado Medico
 Legal
 Seguro Medico
 Otro: _____



NOTIFICACION: Si este formulario sera enviado por correo O fax, favor de incluir una fotocopia de su identificacion.

Firma de el Paciente/ Guardian	Fecha
IKP Staff Signature	Date

Este formulario tiene que ser firmado por el paciente. Si el paciente es un menor, tiene que ser firmado por la mama/papa o guardian. Si el paciente es declarado ser incompetente, sera firmado por un guardian legal. Si el paciente a fallecido, tendra que ser firmado por un ejecutor de bienes. A la persona recibiendo este formulario: esta informacion a sido divulgada a usted para registrar a quien le daremos la confidencialidad protegida por la ley. Las reglas Federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que la divulgación adicional sea expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a quien le pertenece o por las otras formas permitidas por la regla 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este propósito.