



## Fomulario de Solicitud de Divulgación de Historial Médico

Firmando esta forma, autorizo divulgar información de salud confidencial sobre el paciente identificado en esta forma, a través de entregar una copia del historial médico o un resumen o narración de la información de salud protegida, a la persona(s) o identidad que figura a continuación.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # Seguro Social: \_\_\_\_\_

Autorización de uso/divulgación de información: Yo voluntariamente consiento y autorizo a

\_\_\_\_\_  
(Medico/Hospital, Dirección, Ciudad, Estado, Zona Postal)

\_\_\_\_\_  
(Número de Teléfono, Número de Fax)

usar o divulgar mi información médica durante el término de esta autorización a la persona(s) o identidad que yo identifico en esta forma. Si esta autorización es para divulgación de historial médico, yo entiendo que yo estoy autorizando a divulgar copias de información en mi historial médico que pueda incluir información o tratamiento psiquiátrico, drogas/tratamiento de alcohol, pruebas de SIDA/VIH o tratamiento de enfermedades de trasmisión sexual, a menos que se indique en las siguientes instrucciones:

Destinatario: Yo autorizo a que mi información de cuidado de salud sea divulgada a la siguiente persona(s) o identidad:

Texas Injury and Rehab

(M) 469-210-7881

(F) 469-519-5802

[clientcare@texaspainnetwork.com](mailto:clientcare@texaspainnetwork.com)

Información a ser divulgada: Yo autorizo a la divulgación de la siguiente información de salud:

(Marque la casilla correspondiente)

Toda mi información médica que el proveedor tiene en su posesión, incluyendo información relacionada a cualquiera de mi historia médica, condición mental o física, y cualquier tratamiento recibido por me.

Solamente los siguientes registros o tipos de información de salud: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_