



Autorización para Divulgación de Información Medica

Fax 281-579-9914

ELITE WOMEN'S CARE CENTER, PA

18400 Katy Freeway, Ste.400, Katy, TX 77094

Oficina 281-579-9900

Al firmar esta forma, le doy autorización a Elite Women's Care Center, PA de divulgar mi información medica confidencial. Doy mi consentimiento de divulgar todo mi expediente medico, incluyendo información sobre VIH/SIDA, salud mental, abuso de alcohol y/o drogas al susodicho Elite Women's Care Center, PA. Mi autorización libera al proveedor de esta información de cualquier responsabilidad derivada del cumplimiento de esta autorización.

Paciente/Firma de Autorización del guardián

Fecha de Autorización

Favor de llenar toda la información requerida por completo.

Información Especial Solicitada: Especifique Período de Tiempo Solicitado (Favor de Marcar Uno)

Nombre de Medico: _____ **No. de Telefono** _____

Dirección de Medico: _____

FECHA DE SERVICIOS: DE - _____ A _____

___ HISTORIA Y FISICO

___ PATOLOGIA

___ TODOS LO ARCHIVOS

___ NOTAS DE PROGRESO

___ REPORTES OPERATIVOS

___ RADIOGRAFIAS, MAMMOGRAFIAS,
ULTRASONIDOS, ETC.

___ RESULTADOS DE LABORATORIO

___ ARCHIVOS PRENATALES

Nombre de Paciente: _____ **No. SS.** _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____

Este y cualquier documento acompañante en esta transmisión puede contener información medica confidencial que es legalmente privilegiada. Si usted no es el recipiente destinado, por la presente es notificado que cualquier revelación, copia, distribución, or acción tomada en relación a los contenidos en este documento estan estrictamente prohibidos. Si usted a recibido esta información por error, favor de notificar al remitente.