

## **Autorización para Liberar Información Médica.**

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

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código postal

\_\_\_\_\_  
Numero de Teléfono

Siendo yo la persona autorizada y la que firma este papel. Autorizo/ requiero, que compartan el historial médico de mis hijos o hijo, con el doctor o la oficina medica aquí mencionada.

Nombre del Doctor/Oficina/Clínica/Hospital

\_\_\_\_\_  
Direccion

\_\_\_\_\_  
Telefono de la Oficina

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Codigo postal

\_\_\_\_\_  
Telefono fel Fax

Por favor Mande mi historial médico a la siguiente dirección o número de Fax:

**Children's Choice Pediatrics**  
**6587 Virginia Parkway**  
**McKinney, TX, 75061**  
**972-548-8382 Fax 972-547-9951**  
**Cheryl Eley, MD Kofoworola Kuboye, MD**  
**Stacie Hunsaker, CPNP**

El historial médicos solicitado Contiene:

(Favor de poner sus iniciales en las líneas del al lado.)

\_\_\_\_\_ Toda la información de la salud, incluyendo información relacionada a HIV, SIDA, ENFERMEDADES VENEREAS, DESORDENES PSIQUIATRICOS, O ABUSO DE DROGAS Y BEBIDAS ALCOHOLICAS.

\_\_\_\_\_ Toda la información de la salud, excluyendo información relacionada a HIV, SIDA, ENFERMEDADES VENEREAS, DESORDENES PSIQUIATRICOS, O ABUSO DE DROGAS Y BEBIDAS ALCOHOLICAS.

Las instalaciones y sus médicos quedan en libertad y exento de toda responsabilidad. Y la persona autorizada para firmar este papel no actuara en contra de esta clínica y sus doctores por liberar los historiales médicos.

\_\_\_\_\_  
Paciente o Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha de Firma

