

SAN ANTONIO METROPOLITAN HEALTH DISTRICT
332 W. COMMERCE
SAN ANTONIO, TEXAS 78205
(210) 207-8780

Autorización de Liberación de Historial Médico

Yo, por la presente autorizo _____ a liberar la información especificada
abajo relativa al siguiente período de servicio _____ sobre
(mes/año de tratamiento)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____

No.de SeguroSocial _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono _____

No. de Historial Médico/No. de Identificación del Paciente _____

A: Nombre de la Agencia/Organización _____

Dirección: _____

Para el propósito de : _____

La siguiente información sera liberada:

- Historial de vacunación Historial y Físico Reportes de Laboratorio Referencias
 Historial Dental Tratamientos y medicamentos Notas de la Enfermera
 Reporte de Rayos X Reporte de Ultrasonido Reporte de Consulta
 Otro (especifique) _____

Yo entiendo que despues de liberar la información designada arriba, esta información pudiera ser sujeta a ser compartida por el receptor. Esta autorización es sujeta a ser revocada a cualquier tiempo a excepción del límite que esta acción haya sido tomada. Esta autorización es válida por 3 años.

Firma: _____ Relación al cliente: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente o Persona Autorizada

Por la presente yo autorizo al Distrito Metropolitano de Salud a liberar cualquier información médica u otra información necesaria para procesar este reclamación a la Organización de Mantenimiento de Salud designada y al Departamento de Salud de Texas. Yo tambien solicito el pago de beneficios por los servicios al Distrito Metropolitano de Salud de San Antonio.

Firma _____ Fecha: _____

Relación hacia el paciente (si la firma no es la del paciente) _____