

Curtis L. Mosier, M.D.

Victor L. Cobos, M.D.

1300 Fulton St. #203
Denton, Texas 76201
Phone: 940-382-2646 Fax: 940-384-1610

Formulario de Consentimiento para Divulgar Historia Clinica

Con mi firma doy autorización para que se divulgue información de salud confidencial sobre mi, a través de copias de mis expedientes médicos, o un resumen o narrative de mi información de salud protegida.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Descripción de la información sepecifica a divulgar:

Autorizo que se divulgue mi información de salud protegida a la(s) persona(s) entidades:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Las razones o propósitos de esta autorización para divulgar información son los siguientes:

Comprendo que se brindara esta información dentro de los 15 días de recibir la solicitud y que puede que se cobren cargos por preparar y enviar esta información, de acuerdo con las reglas establecidas por la "Texas State Board of Medical Examiners".

El Paciente autoriza que se proporcionen tales documentos:

Por correo postal En mano Via facsimile

Si el paciente desea revocar la autorización para divulgar información medica, debe hacerlo por escrito.

Firma del Paciente (o representante legal)

Fecha

Testigo

Fecha