



**Solicitud de registros médicos**

Yo \_\_\_\_\_, Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_, SS# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(Nombre del paciente)

**por la presente autorizo,**

Dr. \_\_\_\_\_,

Dirección: \_\_\_\_\_,

Ciudad: \_\_\_\_\_, Estado: \_\_\_\_\_, Código postal: \_\_\_\_\_.

**Para divulgar mis registros médicos confidenciales a:**

**Physician Care Centers  
2829 Babcock Rd Ste. 117, San Antonio, Texas, 78229  
P: (210) 341-9614 F: (210) 340-5924**

**Autorizo la información seleccionada para ser enviada: (por favor marque todo lo que corresponda)**

- Todo abajo** (Esto incluirá todo lo que se hizo en la clínica)
- Tratamiento y pronóstico de cualquier condición física o mental
- Antecedentes psiquiátricos o tratamiento
- Abuso de drogas o alcohol, historia o tratamiento
- Información sobre enfermedades infecciosas o contagiosas, incluyendo VIH/SIDA
- Testamento vital
- Poder legal duradero de la salud
- Registros de inmunización
- Estados de facturación

Propósito de la liberación de registros: \_\_\_\_\_.

**Estoy de acuerdo en que las copias de esta autorización pueden ser usadas en lugar del original. También entiendo que este consentimiento expirará automáticamente 90 (90) días a partir de la fecha que se indica a continuación.**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_.