Formulario de Autorización para Divulgación de Expediente Médico

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Por favor elija el tipo de solicitud:

____Expediente Completo ____Solo Registro de Vacunas

INFORMACIÓN SOLICITADA A (NOMBRE DE LA CLÍNICA)

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Teléfono: (_____) _____ Fax: (_____) _____

ENVIAR LA INFORMACIÓN A

Nombre: **Kidsville Pediatrics**

Mansfield	Tel.: 682-341-3910	Fax: 682-400-1288
Southlake	Tel.: 682-345-8010	Fax: 682-345-5051
McKinney East (Virginia Pkwy)	Tel.: 469-885-9400	Fax: 469-886-1944
McKinney West (Coit Rd)	Tel.: 682-868-1020	Fax: 682-219-0556

Yo, _____ (Nombre), por el presente autorizo la divulgación de información confidencial de salud sobre mí, o sobre mi hijo(a), mediante la entrega de una copia de mi expediente médico, o un resumen de mi información médica protegida, a **Kidsville Pediatrics PLLC**.

_____ _____

Nombre del Firmante Fecha

_____ _____

Firma Fecha