



SUNRISE PEDIATRICS

AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Esta autorización para divulgar información se le está solicitando para cumplir con los términos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996.

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por la presente autorizo: Nombre/Dirección/ Y Números de contacto

Sunrise Pediatrics
11920 Westheimer Rd, Suite E
Houston, TX 77077
Phone Number: (281) 679-6165
Fax: (888)204-5061

Para divulgar informacion a:

Número de teléfono: _____ Fax: _____

Esta versión limita la divulgación a: (Marque uno) Todos los registros Registro de inmunización solamente
 Resultados de las pruebas

Esta información es necesaria para: (Por favor marque uno)

- Tratamiento
- Uso personal
- Continuación de la atención
- Uso legal

Imprimir el nombre del padre, madre / Tutor Legal: _____

(O del paciente si es mayor de 18 años)

Firma: _____

Número de teléfono: _____ **Fecha:** _____