



AUTORIZACION PARA LIBERAR INFORMACION PERSONAL DE LA SALUD

Yo, _____ autorizo a la **Clinica San Jose** liberar copias de mis registros dentales algun cuidado y tratamiento dentales a:

(Nombre y dirección a quien los registros se le mandaran)

Yo entiendo que el tipo específico de información para ser revelado puede incluir un informe detallado del examen, de los hallazgos, del tratamiento, del pronóstico, y copias de cualquiera o todos los otros registros, inclusive radiografías que pertenecen a me.

Yo por lo presente libero _____ de toda

(El nombre de la facultad que libera el registro)

responsabilidad legal o obligación que este surge y la liberación de tal información. Yo entiendo que puedo revoca este consentimiento en cualquiera tiempo a menos que la extensión de esta acción ha sido aceptada y cualquiera acontecimiento que este consentimiento expire noventa (90) días después de la fecha abajo.

Una copia reproducida de esta autorización sera tan valida como la original.

Nombre Impresos del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

Relacion al Paciente _____

Dirección del Paciente _____

Fecha _____ Numero de Trajeta de la Clinic _____

301 Hamilton, Houston, TX 77002 T (713) 228-9411, F (713) 228-2599