Affiliates of Family Medicine

## LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Al firmar este documento, acepto y reconozco lo siguiente:

**Autorización Voluntaria.** Esta autorización es voluntaria. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios (según corresponda) no estarán condicionados a que yo firme este formulario de autorización.
**Período de Tiempo Efectivo:** Esta autorización estará vigente hasta dos años después de la muerte del paciente para quien se hace esta autorización o la siguiente fecha especificada, lo que ocurra primero:_____.
**Derecho de Revocación:** Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, al proveedor de atención médica o entidad de atención médica que se indica arriba.
**Información Especial:** Esta autorización puede incluir la liberación de información relacionada con **Drogas, Alcohol, Abuso de Sustancias,** e información de **Salud Mental**. Excepto **notas de Psicoterapia**, **información confidencial relacionada con VIH/Sida**, e **información GENÉTICA** al menos que aplique mis iniciales en las líneas correspondientes. En el evento que la información de salud descrita anteriormente incluya cualquiera de estos tipos de información, y pongo mis iniciales en las líneas correspondientes, autorizo específicamente la liberación de dicha información a la persona o entidad indicada en este documento.
**Autorización de Firma:** He leído este documento y acepto los usos y la liberación de la información como se describe. Entiendo que negarme a firmar este documento no detiene la liberación de información médica que haya ocurrido antes de la revocación o que esté permitida por la ley sin mi autorización específica. Entiendo que la información liberada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.

**NOMBRE DE PACIENTE:**_____ **DOB:**_____

**LIBERAR DE:**_____

_____

_____

# RELEASE TO: AFFILIATES OF FAMILY MEDICINE, P.A.

☐ **Leticia Garcia-Seay, MD** ☐ **Elena Garcia, MD**
☐ **Jed Jularbal, AGPCNP-BC** ☐ **Dora N. Aguilar, FNP-C** ☐ **Kimberly A. Hall, FNP-C** ☐ **Erin L. Weiss, FNP-C** ☐ **Maura Anderson, FNP-C**

☐ 503 Medical Center Blvd., Suite 100
Conroe, TX 77304
Tel. (936) 788-1060 Fax (936) 788-2844

☐ 28517 Spring Trails Ridge, Suite 100
Spring, TX 77386
Tel. (281) 362-5436 Fax (281) 651-5451

**RELEASE FOLLOWING INFORMATION:**

☐ Office Note_____
☐ Lab Work_____
☐ Radiology Reports_____
☐ Immunizations_____
☐ ER visit_____
☐ Other_____
☐ Entire record_____

**INCLUDE (INDICATE BY INITIALING):**

_____Drug, Alcohol or Substance Abuse Records
_____Mental Health Records (except Psychotherapy notes)
_____HIV/AIDS-Related Information (including HIV/AIDS test results)
_____Genetic Information (including Genetic test results)

Firma de Paciente/Padre/Representante Legal:X_____

Nombre de Paciente/Padres/Representante Legal:_____

Relación con el paciente si es padre/representante legal:_____

*I understand that you will provide this information within 30 days from receipt of request and that a fee for preparing and furnishing this information may be charged according to rulings set forth by the Texas State Board of Medical Examiners.*

OFFICE USE ONLY
FAXED:_____MAILED:_____PT PICK UP:_____

INITIALS:_____