

USO INTERNO:

de Registro Médico _____ Cuenta # V _____ ROI # _____

Hospital de Distrito del Condado de Moore
224 2nd Street
Dumas TX 79029
Departamento de Información de Salud
Teléfono 806-935-7171
Fax 806-935-3152

**LIBERACION DE INFORMACION DEL PACIENTE FORMULARIO de
CONSENTIMIENTO de MCHD para otras INSTALACIONES**

DEPARTAMENTO SOLICITANDO: _____

Liberacion de informacion a: _____

Direccion: _____
Ciudad Estado Codigo postal

Telefono: _____ Fax: _____

Razon de liberacion: ___ personal ___ continuo de cuidado otros por favor describa _____

Iniciales:

____ Autorizo al hospital del Condado de Moore para equipar el mencionado individuo o empresa con todos los datos medicos e informacion que pueden solicitar, que se enumeran a continuacion, referente a mi enfermedad o lesion. Esta autorizacion esta sujeta a revocacion por el abajo firmante en cualquier momento, excepto en la medida en que la accion ha sido tomada en adelante, y si antes no revocada, se termina **el 31 de Diciembre del corriente año** desde la fecha de consentimiento sin revocacion expresa. Por la presente autorizo la liberacion de todos registros que contienen el abuso de alcohol y/o drogas o diagnostico psiquiatrico bajo la misma consideracion como presentado arriba. Entiendo que dicha informacion no puede ser liberada sin mi consentimiento especifico, excepto conforme a una orden judicial. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorizacion a peticion.

Informacion de identificacion:

Nombre del Paciente en el momento del tratamiento: (por favor imprima) _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social # ____--____--____

Numero de Licencia# _____

Fecha de tratamiento: _____ o si a largo plazo principio – 31 de diciembre de 2017

Información solicitada:

- Resumen de Descarga Historia y Física Reporte Operativo Rayos X Consulta
- Laboratorios Clínicos EKG, EEG Todos los Registros Otro: _____

Firmado: _____
Paciente, Padre o Tutor Legal

Fecha

Firma de Testigo

Fecha