

SOLICITUD DE PUBLICACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS

Aquí autorizar la divulgación de la información del expediente médico de:

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Social: _____ Numero de teléfono: _____

De:

Información publicada para:

Jack M. Thomas, MD
P O Box 8452
Greenville, TX 75404
FAX 903-450-4420

Motivo de la publicación de los registros:

Atención médica continuada.

Entiendo que la información publicada es para el propósito específico indicado arriba. Se prohíbe cualquier otro uso de esta información sin el consentimiento escrito del paciente. Además, entiendo que puedo revocar este consentimiento (por escrito) en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado la decisión de depender de ella. Se considerará válida una copia de esta versión.

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Relación del paciente