



## Autorización para expedir Información Médica Personal

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo  
(Paciente/Tutor legal)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del lugar que expede la información médica)  
expedir copias de historial dental con respecto al cuidado y tratamiento dental a

\_\_\_\_\_  
(Nombre y dirección a quien se le enviará la información)

Yo entiendo que cierta información a expedir, puede incluir un reporte detallado de estudios, diagnósticos, tratamientos, pronósticos, y copias de cualquier otro tipo de historial médico, incluyendo rayos-X, pertenecientes a mí.

Yo, por medio de este documento, le quito la responsabilidad y compromiso legal a

\_\_\_\_\_  
(Nombre del lugar que expede la información médica)  
que pueda surgir al expedir ésta información. Yo entiendo que en cualquier momento, yo puedo cancelar este consentimiento a excepción de que ya se haya expedido la información en relación al consentimiento, y que en cualquier evento, este consentimiento tiene una cancelación a los noventa (90) días a partir de la fecha indicada abajo.

Una copia de esta autorización es considerada tan válida como la original.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_  
(Paciente/Tutor legal)

Relación que tiene con el paciente: \_\_\_\_\_

Dirección del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

# de la tarjeta de la Clínica San José: \_\_\_\_\_

2615 Fannin St., Houston, TX 77002

T (713) 228-9411, F (713) 228-2599