

HCA Houston Healthcare Southeast

MULTI-SPECIALTY CLINIC

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Yo, _____ (Fecha de Nacimiento) _____

Autorizo a las siguientes personas que escribo a continuación a tener acceso a mis récords médicos confidenciales, así como a mi información:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Firma del Paciente / Firma del Representante Legal

Fecha