



Formulario de divulgación de información médica /
Medical Release of Information Form

Nombre del paciente / Patient Name: Fecha de nacimiento / Date of Birth:

Número de Seguro Social / Social Security #: Nombre anterior / Previous Name:

Teléfono de casa / Home Phone: Otro teléfono / Other Phone:

Domicilio, ciudad, estado, código postal / Address, City, State, Zip:

Solicito y autorizo a / I request and authorize:

(Nombre del médico y la clínica/el consultorio con el cual quiere divulgar sus registros) /
Name of Physician and Clinic/Practice you want to release your records)

Domicilio / Address:

Ciudad y estado / City & State: Código postal / Zip Code:

N.º de teléfono / Phone: Fax / Fax:

A divulgar los registros médicos del paciente mencionado anteriormente a (el lugar donde quiere que se envíen sus registros médicos) /

To release the medical record of the above named patient to (the place you want your medical records to be sent):

Metroplex Colon & Rectal Specialist

Raymond Staniunas, M.D.,FACS
2100 Hedgcoxe Road, Suite 120
Plano, Texas 75025

Phone: 855-273-2825 (855-2RE-CTAL) Fax: 817-701-0575

Razón de la divulgación (campo obligatorio) / Reason for release (required field):

Información de cuidados de la salud relacionada con las siguientes fechas de tratamiento o condición de tratamiento /
Health Care information relating to the following treatment condition or dates of treatment:

Esta información puede contener informes de radiografías, de exámenes de laboratorio y de EKG, además de otros informes de diagnóstico, consultas, etc. /

This information may contain x-ray reports, laboratory reports, EKG reports, other diagnostic reports, consults, etc.

Esta autorización y solicitud son aplicables a: (escriba sus iniciales en la línea correspondiente) /
This request and authorization applies to: (initial appropriate line)

Toda la información de cuidados de la salud incluida la información relacionada con las pruebas de VIH/SIDA, las enfermedades de transmisión sexual, la salud mental/los trastornos psiquiátricos o el consumo de alcohol y/o drogas. (Dibuje un círculo alrededor de todas las opciones que correspondan). / All Health Care information including information relating to HIV/AIDS testing, sexually transmitted diseases, psychiatric disorders / mental health or drug and/or alcohol use. (Please circle all that apply)

Toda la información de cuidados de la salud excepto la información relacionada con las pruebas de VIH/SIDA, las enfermedades de transmisión sexual, la salud mental/los trastornos psiquiátricos o el consumo de alcohol y/o drogas. (Dibuje un círculo alrededor de todas las opciones que correspondan). / All Health Care Information excluding information relating to HIV/Aids testing, sexually transmitted diseases, psychiatric disorders / mental health or drug and/or alcohol use. (Please circle all that apply)



El destinatario puede volver a divulgar la información divulgada o utilizada de acuerdo con esta autorización, en cuyo caso es posible que ya no sea información protegida.

Information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer protected.

El tratamiento o el pago no pueden estar condicionados al hecho de que yo firme esta autorización, excepto en determinadas circunstancias, como en el caso de participar en programas de investigación o de autorizar la divulgación de resultados de pruebas para la preselección laboral. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización mediante la entrega de una solicitud por escrito a la organización o el médico antes mencionados. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada de buena fe. Entiendo que la condición para la divulgación no está basada en el pago de tratamientos y cuidado, en la inscripción o elegibilidad o en si firmo la autorización.

Treatment or payment cannot be conditioned on my signing this authorization, except in certain circumstances such as for participation in research programs, or authorization of the release of testing results for pre-employment purposes. I understand I have the right to revoke this authorization by providing a written request to the above name physician or organization. I understand that the revocation will not apply to information that has already been released in good faith. I understand that the condition for release is not based on payment for treatment and care, enrollment or eligibility on whether I sign the authorization.

Firma del paciente o del representante autorizado /
Signature of patient or authorized representative

Fecha /
Date

Relación o estado si quien firma no es el paciente (padre/madre, tutor legal, representante personal, etc.) /
Relationship or status if signed by anyone other than the patient (parent, legal guardian, personal representative, etc.)

A menos que sea revocada de algún otro modo, esta autorización caducará seis meses a partir de la fecha de firma o en el siguiente evento designado / A menos que sea revocada de algún otro modo, esta autorización caducará seis meses a partir de la fecha de firma o en el siguiente evento designado:

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es una acción voluntaria. /
I understand that authorizing the disclosure of this health information is voluntary.