

West/Central Location:

1225 E. Cliff Dr, 2-A

El Paso, TX 79902

Ph: 915-598-3338

Fax: 915-598-3339

www.charlespittledpm.com



charlespittle

DPM, PLLC.

Eastside Location:

10500 Vista del Sol Dr, A

El Paso, TX 79925

Ph: 915-598-3338

Fax: 915-598-3339

info@charlespittledpm.com

Autorizacion del Paciente para Liberaion de Expediente Medico

Nombre del Paciente : _____

Fecha de Nacimiento: _____ # Seguro Social de Paciente: _____

Domicilio:

Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____

de Telefono: _____ Otro # de Telefono: _____

Yo, _____, autorizo a cualquier proveedor de salud o medico, que ha proporcionado atención médico para mí, o mi dependiente, para proporcionar al Podiatra, Doctor, Medico Profesional u otra entidad como designado abajo, o sus representantes autorizados, cualquier y toda la informacion relevante para mi , o la consicion medica de mi dependiente, todos los tratamientos y registros de facturacion, incluyendo pero no limitado al expediente medico, resultados de exámenes, registros de facturacion y pagos, correspondencia de aseguranza, evaluaciones, radiografias u otras herramientas diagnosticas, recetas, notas de progreso, fisicos e historial medico, hojas de pedido, formas de admicion, reportes de laboratorio, archivos de hospital, reportes de incidentes y archivos de consulta, para el proposito de mi , o mi dependiente, atencion continuada.

Ademas, si es aplicable, doy mi consentimiento para la liberacion de cualquier resultado de examen ya sea positivo o negativo para la infeccion del VIH o SIDA, anticuerpos para SIDA, o infeccion con cualquier otro agente causante del SIDA, con el resto de mi expediente medico.

[Por favor circule un doctor o escriba la informacion de donde usted quiere que los enviemos]

Dr. Charles I. Pittle, DPM

Dr. Amy K. Bodart, DPM

Name: _____

1225 East Cliff Dr.,2A

1225 East Cliff Dr., 2A

Address: _____

El Paso, TX 79902

El Paso, TX 79902

City, State: _____

915.598.3338 [phone]

915-598-3338 [phone]

Phone #: _____

915.598.3339 [fax]

915-598-3339 [fax]

Fax #: _____

YO AUTORIZO QUE DEN LA LIBERACION DE MI EXPEDIENTE MEDICO COMO PROVEIDO ARRIBA.

Firma del paciente o Guardian o persona autorizada

Fecha

Nombre de Paciente en letra de molde (o Guardian o Persona Autorizada)