

**CUIDADO DE LA SALUD**  
**Formulario de Autorización Medica**



**JOSE E. SAN MARTIN, M.D.**  
OBSTETRICS / GYNECOLOGY

286 Ed English Dr Unit C Shenandoah Tx, 77385  
P: 281-651-2090 F: 281-607-5700

**Información del Paciente:**

Apellido:		Primer Nombre	
Seguro Social # - -		Fecha de Nacimiento	
Dirección		Ciudad	Estado
Código postal	Numero de teléfono ( ) - -		

Selecciona una de las siguientes opciones:

- Deseo solicitar mi historial medico al (los) medico(s) mencionado(s) abajo para ser enviados al Dr. Jose San Martin, OBGYN
- Deseo solicitar que mis expedientes medicos sean enviados del Dr. Jose San Martin OBGYN al(los) medico(s) abajo.

**Por Favor Completelo Todo O Los Registros Pueden No Poder Ser Enviados O Recibidos**

Dr.		Dirección:	
Ciudad	Estado	Código postal	
Phone/Telefono:		Fax	

La autorización cubre las siguientes fechas de: a:

Dr.		Dirección:	
Ciudad	Estado	Código postal	
Phone/Telefono:		Fax	

La autorización cubre las siguientes fechas de: a:

Dr.		Dirección:	
Ciudad	Estado	Código postal	
Phone/Telefono:		Fax	

La autorización cubre las siguientes fechas de: a:

Dr.		Dirección:	
Ciudad	Estado	Código postal	
Phone/Telefono:		Fax	

La autorización cubre las siguientes fechas de: a:

**Los registros que deseo ser enviados o recibidos son: (marquee todas las que apliquen)**

- Historial
- Reporte operativo
- Reporte laboratorio
- Plan de cuidado
- Físico
- Notas de progreso
- Radiografía o mamograma
- Reporte de terapia
- Reporte de EKG
- Reporte Psicologico
- TODOS RECORDS
- Otro \_\_\_\_\_

**La razon por la que quiero que estos registros o informacion sea transferida es:**

<input type="checkbox"/> Para atencion medica	<input type="checkbox"/> Para mi abogado	<input type="checkbox"/> Para mi compania de seguros
• El paciente acepta que una copia de esta autorización puede considerarse válida:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
• El paciente acepta que una copia de esta autorización puede considerarse válida:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
• Si es así, explique por qué:		
Firma del paciente que autoriza la solicitud / liberación:	Fecha	
Firma del paciente que autoriza la solicitud / liberación:	Fecha	