

**AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR Y DIVULGAR INFORMACIÓN  
MÉDICA PERSONAL A Y DESDE VITAL HEART & VEIN**



**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

Solicito y autorizo a \_\_\_\_\_ médico, grupo de médicos y/o sistema de atención médica y a Vital Heart & Vein a intercambiar mi información médica protegida. Los registros médicos entrantes pueden ser enviados por correo o fax a:

**Vital Heart & Vein, PLLC**  
**Attn: Medical Records Department**  
**18450 Hwy 59 N.**  
**Humble, TX 77338**

**Teléfono: 281-446-6656**  
**Fax: 281-446-6657**

Entiendo que se requiere mi consentimiento expreso para divulgar cualquier información médica relacionada con pruebas, diagnóstico y/o tratamiento de VIH (virus del SIDA), enfermedades de transmisión sexual, embarazo, trastornos psiquiátricos/salud mental o consumo de drogas y/o alcohol.

Si he sido evaluado, diagnosticado o tratado por alguna de estas condiciones, autorizo específicamente la divulgación de toda la información médica relacionada.

Autorizo a Vital Heart & Vein a divulgar cualquier información adquirida durante mi examen y/o tratamiento, lo que incluye la liberación de información médica necesaria para la tramitación de reclamaciones de pago. También autorizo la divulgación de información a otro médico o centro de salud al cual pueda ser referido o transferido.

**Firma del Paciente/Responsable:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Relación con el paciente:** Yo mismo / Responsable