



The Centers for Kidney Care

LIBERACIÓN DE ARCHIVOS MÉDICOS

Yo, _____, doy permiso a _____

_____ revelar y entregar toda información médica
contenida en mi expediente médico, incluyendo resultados de la prueba de VIH para:

_____ 1133 Medical Drive
Tyler, TX 75701
Phone: (903) 595-5486
Fax: (903) 595-5128

_____ 635 Stone Avenue
Paris, TX 75460
Phone: (903) 785-3300
Fax: (903) 785-3310

Dicha información divulgada o entregada puede incluir la historia de caso completa, copia de registros médicos y otra información relacionada con mi tratamiento.

La información específica solicitada:

Firma del Paciente o Tutor Legal

Witness (Testigo)

Fecha

Date (Fecha)

Fecha que fue enviada la información: _____