

**Digestive Specialists, P.A.**

*Abraham Winkelstein, MD, FACP, FACG ~ Anna Gonzales, MD ~  
Ali Tarkan Dural, MD, FACG ~ Edward S. Xavier, MD*

111 Vision Park Blvd, Suite 150, The Woodlands, Texas 77384  
PHONE: 936-321-0033 FAX: 936-321-0032

**AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE LA INFORMACION CONFIDENCIAL**

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Dirección de envío Ciudad Estado Código Postal

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Numero de seguro social: \_\_\_\_--\_\_\_\_--\_\_\_\_

AUTHORIZA: Nombre de la medico/centro: \_\_\_\_\_

Fax #: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y Código Postal: \_\_\_\_\_

Por favor divulgar la siguiente información medica para:

**Digestive Specialists, P.A.**

- Notas  Operativos  Laboratorio  Radiografías  
 Patología  Resultados de HIV  Otro (especifique por favor) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Correo/Mail

 Fax → Fax # 936-321-0032**Propósito de la divulgación: Atención Medica**

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción ha sido tomada en dependencia de ella y que, en cualquier caso, esta autorización  **No Caducar**; o expirara  **180 días** a partir de la fecha de mi firma, salvo que se especifique por escrito aquí. **(Por favor, elija uno de los anteriores)**

\_\_\_\_\_  
**La firma del paciente****Para El Partido de recibir esta información:**

El abajo firmante, he leído lo anterior y autorizar a la persona o instalación se señaló anteriormente a revelar dicha información aquí contenida. Yo entiendo que cuando sea utilizada o divulgada conforme a esta autorización esta información, puede ser sujeta a una nueva divulgación por el recipiente y ya no puede ser protegida. Yo libero y mantener indemne a la instalación arriba citada, o médico de toda responsabilidad y daños que resulten de la liberación sin ley de mi información de salud protegida.

\_\_\_\_\_  
**La firma del paciente**\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Fecha**\_\_\_\_\_  
**Testigo**\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Fecha**

\* SOLO PARA USO INTERNO \* Esta solicitud fue enviada por  Correo  Fax en \_\_\_\_\_  
\* OFFICE USE ONLY \* (This request was sent by  Mail  Fax on) (Initials and Date)