

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD**

Autorizo el uso o la divulgación de la información desde el historial médico de:

Nombre de la paciente \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento  
\_\_\_\_\_

Seguridad social # \_\_\_\_\_

Autorizo la siguiente individuo u organización a revelar lo anterior llamado información sobre la salud del individuo:

\_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Para: El Dr. Celeste Sheppard  
Hill Country la medicina fetal  
4100 Duval Road, Bldg. 2, Suite 201  
Austin, TX 78759  
FAX 512/339-1011.

\_\_\_\_\_ Todos los registros disponibles

\_\_\_\_\_ Todos los registros en los últimos 12 meses

\_\_\_\_\_ Todos los registros de laboratorio

**Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si yo revocar esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito a la persona o la organización de liberación de información. Tengo entendido que la revocación no se aplicará a la información ya publicada en respuesta a esta autorización. Tengo entendido que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley proporciona mi asegurador con derecho a impugnar una reclamación en virtud de mi política. A menos que lo contrario revocado, esta autorización expira al término de esta solicitud o en la fecha siguiente:**

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Paciente firma fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del paciente