



Department of Psychiatry
 3601 4th St. MS 8103
 Lubbock, TX 79430
 806 -743-2800
 806-743-4250 (Fax)

Autorización para Revelar y Divulgar Información para el Paciente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
	Dirección: _____ Teléfono: _____
TTUHSC MRN: _____	Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

RECEPTION DE GRUPO

Envié la información a:

NOMBRE: _____

Recibir la información de:

Dirección: _____

Yo certifico que la información de este formulario me fue explicada totalmente, que la he leído, o me fue leída*, y que entiendo su contenido.

_____ Fecha	_____ Imprima su nombre (Persona firmar formulario de consentimiento)	_____ Firma del paciente o legalmente autorizada
_____ Hora	_____ Testigo/Traductor*	_____ Parentesco con el paciente