



Porter Medical Associates

Release Of Medical Information

Yo, _____, fecha de nacimiento _____ por la presente autorizo a Porter Medical Associates a divulgar parte o la totalidad de mi información médica, incluidos SIDA / VIH, salud mental y problemas relacionados con el alcohol / drogas.

a:

Nombre:

Relación:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Notas de progreso según lo solicitado

Laboratorios y radiografías

correspondencia

Demografía personal

Diagnóstico

Otra información _____

Patient/Guardian Signature

Date

2829 Babcock Rd | Suite 117 | San Antonio, Texas | 78229 | Ph. 210-341-9614 | Fax. 210-340-5924
2318 Pat Booker Rd | Universal City, Texas | 78148 | Ph. 210-341-9614 | Fax: 210-340-5924
1200 Brooklyn Ave | Suite 220 | San Antonio, Texas | 78212 | Ph. 210-226 | Fax. 210-340-5924
10423 State Hwy 151 | Suite 101 | San Antonio, Texas | 78251 | Ph. 210-341-9614 | Fax. 210-340-5924
2020 Sundance Pkwy | Suite A2 | New Braunfels, Texas | 78130 | Ph. 830-387-2110 | Fax. 830-609-9918