

MidState  
**PULMONARY**

Breathe. Sleep. Heal.

# PUBLICACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Medica Para Proporcionar Registros: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Seguridad Social #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

## MEDICA PARA RECIBIR REGISTROS/ MÉDICO PARA RECIBIR REGISTROS:

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mark D. Peacock, M.D.    | <input type="checkbox"/> Richard Tyson, M.D.   | <input type="checkbox"/> Jordan Phillips, M.D.  | <input type="checkbox"/> Victor Kha, DO, FCCP |
| <input type="checkbox"/> Chace T. Carpenter, M.D. | <input type="checkbox"/> Jason Pritchett, M.D. | <input type="checkbox"/> Benjamin Ferrell, M.D. | <input type="checkbox"/> Gregory Wigger, M.D. |
| <input type="checkbox"/> Stephen A. Capizzi, M.D. | <input type="checkbox"/> Thomas Atwater, M.D.  | <input type="checkbox"/> Michael Burk, M.D.     |   |

## ENVÍE LOS REGISTROS POR FAX A: 615-284-5385

### PUBLICAR LOS SIGUIENTES REGISTROS:

Inicial Abajo

1. Solo una parte de los registros mantenidos, especifique a continuación:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

2. Todos los registros médicos en esta instalación: \_\_\_\_\_

### Verifique cualquier información a continuación, eligió no ser liberado de esta instalación:

- Abuso de sustancias       SIDA/VIH, si los hay       Condiciones psicológicas o psiquiátricas

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Firma de la persona autorizada que firma en nombre del paciente

Relación con la paciente/ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Revised 6.19.2023