

**PLEASE SEND MEDICAL RECORDS TO DR. PARR**  
*Por favor envíe los expedientes médicos al Dr. Parr*

**Patient's Full Name** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_  
*Nombre completo del paciente* *Fecha de nacimiento*

I hereby authorize:  
*Autorizo:*

\_\_\_\_\_  
Name of physician or treating facility *(Nombre del médico o centro de tratamiento)*

\_\_\_\_\_  
Office address *(Dirección de la oficina)*

\_\_\_\_\_  
City, State, Zip Code *(Ciudad, Estado, Código postal)*

To send my medical information, as indicate below, to:  
*Para enviar mi información médica, como se indica a continuación, para:*

**Thomas J. Parr, MD**  
**CHI Baylor St. Luke's Sugar Land**  
**14090 Southwest Fwy, #130**  
**Sugar Land, TX 77478**

**Records from** \_\_\_\_\_ **to** \_\_\_\_\_  
*Registros de* *(beginning date / fecha de inicio)* *para* *(ending date / fecha final)*

**Please initial if applicable / Por favor inicial si es aplicable)**

\_\_\_\_\_ **Copies of Records of Clinic Visits**  
*Copias de registros de visitas a la clínica*

\_\_\_\_\_ **Copies of Records of Surgical Procedures and other Hospital or Outpatient Notes**  
*Copias de registros de procedimientos quirúrgicos y otras notas hospitalarias o ambulatorias*

\_\_\_\_\_ **Copies of Imaging Studies (X-rays, MRIs, CTs)**  
*Copias de los estudios de imagen (radiografías, resonancias, CTS)*

\_\_\_\_\_ **Copies of Lab Test Reports, Imaging Reports, or other Diagnostic Testing Reports**  
*Copias de informes de pruebas de laboratorio, informes de imágenes u otros informes de pruebas diagnósticas.*

\_\_\_\_\_ **Other:** \_\_\_\_\_  
*Otros*

**Patient's Full Name** \_\_\_\_\_  
*Nombre completo del paciente*

- 1.) **I understand that my records are confidential and cannot be disclosed without my authorization, except as otherwise provided by law.**  
*Entiendo que mis archivos son confidenciales y no pueden ser revelados sin mi autorización, excepto como lo estipula la ley.*
- 2.) **I understand that a photocopy or facsimile of this authorization is as valid as the original.**  
*Entiendo que una fotocopia o facsímil de esta autorización es tan válida como el original.*
- 3.) **I understand that I may revoke this authorization at any time. In the absence of my prior revocation, this authorization will automatically expire in one year from the date of signature.**  
*Entiendo que puede revocar esta autorización en cualquier momento. En ausencia de mi revocación previa, esta autorización expirará automáticamente en un año a partir de la fecha de la firma.*

\_\_\_\_\_  
**(Patient's Signature / Firma del paciente)**

\_\_\_\_\_  
**(Parent's/Legal Guardian's Signature /**  
*Firma del padre/guardián legal)*

\_\_\_\_\_  
**(Date / Fecha)**

\_\_\_\_\_  
**(Witness to Guardian's Signature /**  
*Testigo de la firma del guardián)*