

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad / Estado / Código postal: _____

Información específica solicitada: _____ **todos los registros** (por favor incluya : últimas Bueno Check, vitales / Carta de crecimiento, PMH, Problema y lista de medicamentos, laboratorios, y cualquier otra información pertinente)

RESTRICCIONES: Solo se copiarán los registros médicos originados a través de este centro de atención médica a menos que se solicite lo contrario. Esta autorización es válida solo para la divulgación de información médica con fecha anterior e incluida la fecha en esta autorización, a menos que se especifiquen otras fechas. Entiendo que la información en mi expediente médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o conductual y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas. Esta información puede ser divulgada y utilizada por la siguiente persona u organización: Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al departamento de administración de información médica. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho a impugnar un reclamo bajo mi póliza. A menos que se revoque de otra manera, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición:

Si no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización vencerá 1 año después de la fecha de la firma. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información médica es voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información que se utilizará o divulgará, según lo dispuesto en CFR 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y es posible que la información no esté protegida por las reglas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme con la persona u organización autorizada que realiza la divulgación. He leído la Autorización para la divulgación de información anterior y por la presente reconozco que estoy familiarizado y comprendo completamente los términos y condiciones de esta autorización.

El paciente mencionado anteriormente autoriza al siguiente centro de atención médica a realizar una divulgación de registros:

Nombre de la instalación: _____ Teléfono de la instalación: _____
Dirección de la instalación : _____ Fax de la instalación: _____
Ciudad, ST, código postal: _____

El propósito de la divulgación es: Cambio de seguro o médico Remisión Otro _____

Liberar a: RAYBON PEDIATRICS

Dirección: 700 Zeagler Dr, Ste 7

Ciudad, estado, código postal: PALATKA, FL 32177 Fax: 386-487-211 3

Teléfono: 3 86-385-8137 ...

Envíe por fax estos registros lo antes posible. ¡Gracias!

X _____ Fecha _____
Firma del paciente / padre / tutor o representante autorizado

Nombre impreso del representante autorizado

Relación / capacidad con el paciente

Dirección y número de teléfono del representante autorizado