



White's Pediatrics of Dalton, Chatsworth & Calhoun

Autorización para la Divulgación de Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____ fecha de nacimiento: ___/___/___ SSN: ____-____-____

Yo autorizo a _____ (Telefono: _____) liberar
(medico con registros)

la siguiente información de registro médico a _____:
(persona/doctor quien recibira registros medicos)

- Copia del registro medico completo
- Registro Médico para la siguiente fecha(s) de servicio: _____
- Registros de Vacunación
- Resultados de laboratorio para la siguiente fecha(s) de servicio: _____
- Rayos-X for para la siguiente fecha(s) de servicio: _____

La razon para la liberación de estos registros:

- Procedimientos judiciales o solicitud por abogado
- Mudanza fuera del estado
- Cambio de Seguro Medico
- Cambio de Medico (Razon por cambio de medico): _____
- Otro: _____

Quiero que la persona/doctor siguiente reciva los registros medicos:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Numero de Telefono: _____ Fax: _____

Entiendo que:

- No tengo que dar mi permiso para estos archivos.
- Si quiero quitar el permiso para compartir estos registros, debo firmar un papel diciendo que revoco mi autorización.
- Si el solicitante o el receptor de estos registros no es un plan de seguro medico o proveedor de atención medica, estos registros ya no pueden estar protegidos por las regulaciones federales de privacidad y pueden volver a ser revelados.
- Tengo el derecho de ver y obtener una copia de los registros.
- **Los registros divulgados pueden incluir información sobre enfermedades geneticas, enfermedades psiquiátricas, VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual y abuso de sustancias.**
- Esta forma es solo para 3 meses a partir de la fecha que firme.

Firma del Padre/Guardian: _____ **Fecha:** _____

Nombre Impreso del Padre/Guardian: _____

Relación al Paciente: _____

Este documento debe hacerse parte del historial medico del paciente.