



Pediatric Partners

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (Si no se proporciona toda la información puede invalidar esta autorización)

Establecimiento liberando:	Enviar expediente a:
----------------------------	----------------------

INFORMACIÓN QUE SE ENTREGARÁ:

- REGISTRO DE VACUNAS SOLAMENTE
- HISTORIAL MÉDICO - Periodo: _____ to _____ TODOS LOS REGISTROS
- RESULTADOS DE; TYPO _____ Fecha: _____ TODAS LAS PRUEBAS
- LISTA DE MEDICAMENTOS

OBJETIVO DE UTILIZAR EL EXPEDIENTE MEDICO:

- CONTINUACION DEL CUIDADO MEDICO
- USO PERSONAL

Esta autorización expirará después de la solicitud se ha cumplido y no se extenderá más allá de 180 días desde la fecha de la firma. (Fecha: _____) El recipiente de la información de salud protegida según la autorización no revelará de nuevo la información, excepto con una autorización escrita o como expresamente requerido o permitido según la ley.

Los proveedores de salud anteriores no condicionará la prestación de asistencia medica o la recepción de beneficios de la firma de la autorización.

La firma de esta forma es voluntaria. El paciente o el representante del paciente tienen el derecho de revocar esta autorización y el derecho inspeccionar / o ser dado una copia del material que va ser revelado. (Para detalles de la divulgación de la información y derechos pacientes, ver Información de HIPPA y políticas de conformidad disponibles para ver en la oficina o en nuestro sitio web pediatricpartners.net)

He leído estas políticas y voluntariamente autorizo y solicito la información anterior. Autorizo el uso de una copia (incluido el facsímil) de esta forma de divulgación como se ha descrito anteriormente.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono: _____

Firma : _____

Fecha : _____

Imprimir Nombre : _____ Relación con paciente: _____

Identity Verified by : Photo ID Matching Signature