Consultorio principal: 1475 Taney Avenue
Frederick, MD 21702
Teléfono principal: (301) 662-0133
Expedientes médicos: (301) 631-8055
Fax de expedientes médicos: (301) 662-8108
www.thepedcenter.com

Autorización para divulgar información de salud protegida

Si el paciente tiene 18 años o más, debe completar y firmar este formulario. Si es menor de 18 años, debe completarlo y firmarlo su padre, madre o tutor.

Datos del paciente

Apellidos del paciente _____ Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Destinatario u origen de la información

Yo, quien firma a continuación, autorizo a The Pediatric Center of Frederick, LLC:

☐ a enviar copias de los expedientes médicos a: ☐ a obtener copias de los expedientes médicos de:

Nombre de la persona u organización _____

Dirección _____

Teléfono _____

Motivo de la divulgación

☐ Mudanza ☐ Edad del niño ☐ Cambio de seguro ☐ Especialista

☐ Otro (especifique): _____

Información que se divulgará

☐ Vacunas
☐ Registros de consultas en el consultorio
☐ Copias de consultas con otros médicos
☐ Evaluaciones del desarrollo o de conducta (si se permite)
☐ Otra (especifique): _____
☐ Resultados de pruebas de laboratorio
☐ Informes de radiografías
☐ Registros del recién nacido
☐ Resúmenes de hospitalización

Divulgación de información sensible (si corresponde)

Ciertos tipos de información sensible requieren autorización específica para divulgarse. Indique si desea que se incluyan los siguientes tipos de información.

Pruebas o tratamiento del VIH/SIDA	☐ Sí	☐ No	Uso o abuso de sustancias	☐ Sí	☐ No
Embarazo o salud sexual	☐ Sí	☐ No	Información de salud mental o conductual	☐ Sí	☐ No

Firma

Esta autorización vencerá en el plazo de 1 año a partir de la fecha de firma. Entiendo que puedo revocarla mediante un aviso escrito de revocación dirigido a The Pediatric Center of Frederick, LLC.

Firma del padre, madre o tutor, o del paciente de 18 años o más _____ Fecha _____

Nombre en letra de molde _____ Relación con el paciente _____

Nueva dirección para correspondencia (si corresponde) _____