

Se requiere ID con foto de alguno de los padres, Guardián o del paciente (si es mayor de 18) para recoger los documentos médicos

El pago se requiere antes de entregarse
Por favor concédanos dos semanas para copiar la historia clínica o expediente
Envíelo por fax al 630-717-9638 o correo electrónico pha@pedhealth.net

PEDIATRIC HEALTH ASSOCIATES, Ltd.
AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION

Autorizo revelar los récords médicos a (nombre del médico o la Práctica): _____

Fax o correo electrónico a donde se enviarán: _____

POR ESTE MEDIO YO AUTORIZO A REVELAR LA INFORMACION MEDICA DE LOS SIGUIENTES
PACIENTES.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Padre o representante legal: _____ Fecha: _____
Si tiene más de 18 años, el paciente debe firmar.

POR FAVOR INDIQUE LA INFORMACION QUE DEBE SER REVELADA:

- ☐ Ultimo físico y vacunas solamente
- ☐ Toda la historia médica a través de medios electrónicos
- ☐ Toda la historia médica a través de correo se aplicaran las siguientes tarifas
(\$0.55 de 1-25 páginas.) + (\$0.37 de 26-50 páginas) + (\$0.18 por más de 51 páginas.)
de Teléfono donde se puede localizar para el cargo total _____
Dirección a donde enviar _____

Indique específicamente la información que usted desea debe ser incluida en esta solicitud, o de lo contrario la información no será revelada.

☐ ADHD ☐ Salud Mental ☐ AIDS ☐ HIV ☐ Drogas/ Alcohol/ abuso

POR FAVOR INDIQUE EL ESPACIO APROPIADO:

- ☐ Sigo como paciente pero estoy buscando tratamiento con un médico especialista.
- ☐ Me estoy mudando de ésta área.
- ☐ Tengo nuevo seguro médico (aseguranza) y debo transferirme.
- ☐ Otro (por favor especifique): _____

ESTA AUTORIZACION ES VALIDA POR 60 DIAS DE LA FECHA EN QUE HA SIDO FIRMADA. YO ENTIENDO QUE PUEDO REVOCAR ESTA AUTORIZACION EN ESCRITO EN CUALQUIER MOMENTO.

Fecha de Revocación _____ Revocada por (Nombre): _____

LA PRÁCTICA, SUS EMPLEADOS, OFICIALES Y MEDICOS ESTAN EXENTOS POR ESTE MEDIO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD LEGAL EN LA REVELACION DE LA INFORMACION ANTERIOR INDICADA Y AUTORIZADA AQUÍ.

*******Para uso exclusivo de la oficina*******

- Amount Paid: _____ Date Paid: _____ Paid by: ☐ CK ☐ CH ☐ CA
- Records **Mailed** to: (name) _____ Date: _____
(address) _____ Initials: _____
- Records **Released** by: (signature) _____ Date: _____
Photo ID copied: _____ Initials: _____
- Records sent **Electronic** to: _____ Date: _____
- Fax # or email: _____ Initials: _____