

12822 Veterans Memorial Drive
Houston, TX 77014
Tele: (832) 779-3330
Fax: (832) 779-2475
RainbowPediatricsHouston.com

Formulario de Liberación Médica

Este formulario se utiliza para obtener autorización para divulgar información médica protegida del padre con custodia y/o tutor legal de pacientes menores (menores de 18 años). Los pacientes que hayan alcanzado la edad de 18 años deben dar su consentimiento y firmar la autorización para la divulgación de información médica protegida. Rainbow Pediatrics of Houston, PLLC puede verificar su identidad/tutela. Algunas solicitudes pueden estar sujetas a una tarifa razonable.

Yo, por la presente autorizo la divulgación de información de salud protegida para lo siguiente:

Nombre de paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Direction: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

De Quien Doctor/Clinica/Hospital: _____

Direction: _____

Tele #: _____ Fax #: _____

A Quien Doctor/Clinica/Hospital: _____

Direction: _____

Tele #: _____ Fax #: _____

Por favor, libere lo siguiente:

_____ Toda la información de salud (incluyendo gráficos de crecimiento y registros de vacunación)

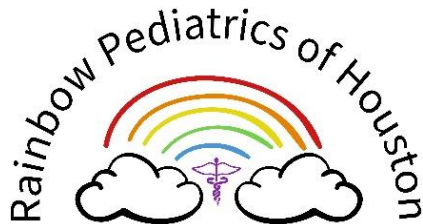
O específicamente (marque todos los que correspondan):

___ Historial/Examen físico/Notas de progreso ___ Informe de vacunas ___ Gráficos de crecimiento

___ Resumen de descarga ___ Resumen de pruebas de diagnóstico ___ Informes de laboratorio

___ Informes de consultas ___ Radiología/imágenes ___ Informes de patología

___ Otros (especificar): _____



12822 Veterans Memorial Drive
Houston, TX 77014
Tele: (832) 779-3330
Fax: (832) 779-2475
RainbowPediatricsHouston.com

Entiendo que estos registros pueden contener información relacionada con el diagnóstico y/o tratamiento de enfermedades de salud mental, abuso o dependencia de alcohol/sustancias, pruebas y estado de VIH/SIDA, diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual y otra información médica sensible de mis hijos, de mí mismo o del otro padre de mi hijo.

_____ Sí, doy mi consentimiento para la divulgación de esta información.

_____ No, no doy mi consentimiento para la divulgación de esta información.

El propósito de la divulgación es para el tratamiento / continuidad de la atención médica.

Por la presente libero a los empleados y agentes de Rainbow Pediatrics of Houston, PLLC de todas y cada una de las responsabilidades por cumplir con la solicitud de autorización para la divulgación de información médica protegida. Entiendo que esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en función de ella. A menos que se revoque lo contrario, esta autorización seguirá siendo válida hasta el momento en que se revoque por escrito. Si la persona o entidad que recibe la información no es un proveedor de atención médica o plan de salud cubierto por las regulaciones federales de privacidad, la información descrita anteriormente puede ser re-divulgada y ya no protegida por esas regulaciones. La información divulgada puede contener información relacionada con el SIDA o la infección por el VIH; abuso de drogas o alcohol; salud mental o conductual o atención psiquiátrica, excepto para notas de psicoterapia.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre Impreso: _____ Relación con el paciente: _____

Se requiere la firma de un menor para la divulgación de ciertos tipos de información, incluyendo, por ejemplo, la divulgación de información relacionada con ciertos tipos de atención reproductiva, enfermedades de transmisión sexual y abuso de drogas, alcohol o sustancias, y tratamiento de salud mental (ver, Texas Fam. Código, sección 32.003).

Firma de Minor: _____ Fecha: _____