

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE REGISTROS

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____	
Dirección _____ Ciudad/Estado/Código postal _____	
Número de teléfono de la casa del paciente _____	
Fecha de solicitud: _____	
Fecha necesaria: _____	
<input type="checkbox"/> Autorizo a Pediatric Associates of Mt. Carmel, Inc. a <b><u>liberar información</u></b> a (incluyéndome a mí):	<input type="checkbox"/> Autorizo a Pediatric Associates of Mt. Carmel, Inc. a <b><u>obtener información</u></b> de:
Nombre _____	Nombre _____
DIRECCIÓN _____	DIRECCIÓN _____
Código postal _____	Código postal _____
Número de teléfono/número de fax (incluya el código de área) _____	Número de teléfono/número de fax (incluya el código de área) _____

PROPÓSITO DE ESTA SOLICITUD: ☐ Cuidado de la salud ☐ personales ☐ Abogado ☐ Otro \_\_\_\_\_

TIPO DE SOLICITUDES DE REGISTROS: **(MARQUE SOLO UNO)**

**\*\*\* POR FAVOR NO ENVÍE REGISTROS MÉDICOS POR FAX\*\*\***

- ☐ Todos los registros médicos \*
- ☐ Registros de vacunas, último examen físico, lista de medicamentos \*
- ☐ Otros (especificar\*) \_\_\_\_\_

\* Se pueden aplicar cargos. El secretario de registros médicos llamará con un monto de tarifa si corresponde

**NOTA: ESTO NO INCLUYE REGISTROS RECIBIDOS DE OTROS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA. POR FAVOR COMUNÍQUESE CON OTROS PROVEEDORES MÉDICOS PARA OBTENER COPIAS DE DICHS REGISTROS.**

AUTORIZACIÓN VÁLIDA PARA: (marque uno)

- ☐ Esta solicitud solo
- ☐ Un año a partir de la fecha de esta autorización O \_\_\_\_\_, (inserte la fecha) Esta autorización se aplica a los registros de tratamiento recibidos en o antes de la fecha de esta autorización.

**Entiendo que:**

- Mi derecho al tratamiento médico no está condicionado a la autorización
- Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento presentando una **solicitud por escrito** a la dirección provista en la parte superior de este formulario, excepto cuando ya se ha hecho una divulgación en base a mi autorización previa.
- Libero al personal y al abogado de toda responsabilidad legal que pueda surgir de la divulgación autorizada de información.
- Si la persona o el centro que recibe esta información no es un proveedor de atención médica o de seguro médico cubierto por las normas de privacidad, la información declarada sobre podría volver a divulgarse.
- Esta autorización incluirá la divulgación de información relacionada con la prueba del VIH o el tratamiento del SIDA, condiciones relacionadas con el SIDA, medicamentos o abuso de alcohol, condiciones relacionadas con drogas, alcoholismo y/o condiciones psiquiátricas o psicológicas.
- Puede haber un cargo por los registros médicos solicitados.
- Todo paciente mayor de 18 años deberá firmar este comunicado. El padre/tutor no puede firmar una vez que su hijo haya cumplido 18 años.

Firma del Paciente o Representante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Relación con el paciente (si el solicitante no es el paciente) \_\_\_\_\_

Si se transfiere fuera de PAMC, indique el motivo de la salida \_\_\_\_\_