

ASOCIADOS DE PEDIÁTRICA DE MT. CARMEL, INC.
4371 Ferguson Drive Cincinnati, Ohio 45245

Teléfono: 513-752-3650
Fax: 513-752-3387

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 <u>liberar información</u> a (incluyéndome a mí): Nombre _____ DIRECCIÓN _____ Código postal _____ Número de teléfono/número de fax (incluya el código de área) _____	<input type="checkbox"/> Autorizo a Pediatric Associates of Mt. Carmel, Inc. a <u>obtener información</u> de: Nombre _____ DIRECCIÓN _____ Código postal _____ 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 DICHOS 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 de 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 _____

Revisado: mayo de 2017