Autorización Para La Divulgación De Información

Las regulaciones federales exigen primero que verifiquemos y documentamos tu identidad, la información que deseas usar o divulgar, y tu(s) propósito(s) al solicitar esta información. Usted entiende que si solicita información médica protegida sin autorización del paciente, podemos negarnos a proporcionarle acceso a esta información. Treinta (30) días permitidos por la ley para enviar / divulgar registros médicos.

Nombre Del Paciente:_____ Fecha De Nacimiento:_____

Divulgar/Revelar Registros ❑ a (to) ❑ de (from) : Patterson & Tedford Pediatrics

❑ 230 Station Way, STE B, Arroyo Grande, CA 93420 | Phone: : 805-473-3262 | Fax: 805-473-3707

❑ 7700 Morro Rd, Atascadero, CA 93422 | Phone: : 805-466-6622 | Fax: 805-466-6603

Divulgar/Revelar Registros ❑ a (to) ❑ de (from)

Nombre:_____

Dirección:_____

Ciudad Y Estado:_____

Número De Teléfono:_____ Número De Fax:_____

Información Solicitada:

❑ Transferencia De Cuidados (Último examen físico, visitas/pruebas de consulta del último año, inmunizaciones y gráficos de crecimiento)
❑ SOLO el Historial De Inmunización ❑ Historial Médico Completo (Puede incluir una tarifa)
❑ Laboratorio/Radiología:_____ ❑ Notas De Visita:_____
❑ Otro:_____
Nota: Registros hospitalarios y consultas especializadas deben obtenerse del originador

El(los) propósito(s) de la información que se va a utilizar/divulgar para:

❑ Cambiando De Médico ❑ Uso Personal ❑ Reclamación De Seguro ❑ Abogado/Legal
❑ Mudanzas ❑ Escuela ❑ Continuidad De La Atención ❑ Otro:_____

Favor, Lee Y Firma Con Tu Inicial:

____ No existen reclamaciones/órdenes legales pendientes ni vigentes que prohíban, limiten o restrinjan de alguna manera mi capacidad para autorizar el uso/divulgación de esta información sanitaria protegida.

____ Entiendo que, si la información de salud protegida es revelada a alguien que no está obligado a cumplir con las regulaciones federales de protección de la privacidad, entonces dicha información puede ser re-divulgada y ya no estaría protegida.

____ Entiendo que una fotocopia o fax de esta autorización es tan válido como el original.

Esta autorización expirará tras el cumplimiento de esta solicitud y no se extenderá más allá de los 180 días desde la fecha de firma.

_____ _____
Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal Fecha

_____ _____ _____
Nombre En Letra De Imprenta Número De Teléfono Relación Con Paciente