



Ching's Pediatrics
DR. REBECCA SY CHING, MD., FAAC
9260 W Sunset Road Ste#205
Las Vegas, NV 89148
P: 702.982.3099 | F: 702.982.2460
www.chingspediatrics.com

**PERMISO PARA LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS O AUTORIZACIÓN PARA
EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **DOB:** _____
DIRECCIÓN ACTUAL: _____
TELÉFONO MÓVIL: _____ **TELÉFONO ALTERNATIVO:** _____

FIN DE SOLICITUD:

- ☐ CAMBIO DE MEDICOS
- ☐ CONSULTA DE MÉDICO
- ☐ MUDANZA/TRASLADO
- ☐ RAZONES LEGALES
- ☐ USO DEL UNO MISMO (PACIENTE O REPRESENTANTE LE COBRARÁ UN CARGO)
- ☐ CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN
- ☐ CONVERSACIÓN TELEFÓNICA
- ☐ OTROS

INFORMACIÓN A SER REVELADA – Información Médica General

Describir el tipo de información de salud protegida (PHI) está autorizando a utilizar y / o revelar.

- ☐ notas del médico y los registros medicos
- ☐ de imagen - rayos X, resonancia magnética, Tomografía computarizada, etc.
- ☐ informes de laboratorio
- ☐ historial de vacunas
- ☐ La escuela: los registros educativos y / o de disciplina, pruebas / resultados de la evaluación, información general / especial de asesoramiento

AUTORIZO INFORMACIÓN PARA SER LIBERADO DE:

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: _____
NOMBRE DEL MÉDICO: _____
DIRECCIÓN: _____
NUMERO DE TELEFONO: _____ **NUMERO DE FAX:** _____

AUTORIZO INFORMACIÓN PARA HACER ENTREGADA A:

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: _____
NOMBRE DEL MÉDICO: _____
DIRECCIÓN: _____
NUMERO DE TELEFONO: _____ **NUMERO DE FAX:** _____

VENCIMIENTO DE LIBERACIÓN / AUTORIZACIÓN:

Esta autorización es válida por 90 días o hasta (fecha) _____ y puede ser revocado por el paciente o el representante de palabra o por escrito en cualquier momento poniéndose en contacto con nuestro Oficial de Privacidad HIPAA. Sin embargo, entiendo que no puedo revocar esta autorización por cualquier acción que ya han ocurrido como se indica en este consentimiento.

Entiendo que , al firmar este formulario , estoy confirmando mi liberación / autorización para el uso y / o divulgación de PHI se describe en este formulario con las personas y / u organizaciones nombradas en forma this . Se puede volver - Disclosed por el receptor sin el conocimiento o consentimiento de nuestra clínica o . Esta información puede no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad. Doy autorización para enviar por fax mi información médica . Entiendo el riesgo involucrado en el envío de faxes registros y confidencialidad en el extremo receptor no puede ser garantizada . Toda la información enviada por fax contendrá una declaración de confidencialidad y las instrucciones para devolver información mal dirigida .

IMPRESIÓN DE NOMBRE: _____ FECHA: _____

FIRMA: _____

ADEMÁS, material protegido : Su información médica general puede contener referencias a su estado mental , drogas y alcohol condiciones o estado de VIH o enfermedades de transmisión sexual . La liberación de esta información en su permiso de medicina general de Ching Pediatría , para liberar los documentos que pueden contener dicha información en mi expediente médico general en este momento .

1. Estado mental y / o problemas de salud conductual : Me específicamente consentimiento para revelar dichos registros , ya que requieren una autorización por separado para la liberación completa .

SIGNATURE OF PATIENT (OR LEGALLY RESPONSIBLE PERSON – RELATIONSHIP TO PATIENT)

DATE

2. Drug and Alcohol Condiciones : Me específicamente consentimiento para revelar dichos registros , ya que requieren una autorización por separado para la liberación completa .

SIGNATURE OF PATIENT (OR LEGALLY RESPONSIBLE PERSON – RELATIONSHIP TO PATIENT)

DATE

3. Enfermedad de transmisión sexual y el VIH / SIDA: Me específicamente consentimiento para revelar dichos registros , ya que requieren una autorización por separado para la liberación completa .

SIGNATURE OF PATIENT (OR LEGALLY RESPONSIBLE PERSON – RELATIONSHIP TO PATIENT)

DATE

TESTIGO: _____ FECHA: _____