940 SE Cary Parkway, Suite 200
Cary, NC 27518
Phone: (919) 859-9991
Fax: (919) 859-6595

**AUTORIZACIÓN PARA QUE WESTERN WAKE PEDIATRICS OBTENGA INFORMACIÓN MÉDICA**

_____ _____ _____
**Nombre del paciente** **Fecha de nacimiento** **Teléfono**

Autorizo al proveedor/persona indicada a continuación a divulgar información médica a **Western Wake Pediatrics:**
Nombre de la persona/práctica: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ Fax: _____

**Información que será divulgada**
☐ Registros de vacunas
☐ Expediente médico
☐ Gráficas de crecimiento
☐ Formulario físico escolar
☐ Reportes de laboratorio
☐ Reportes de radiología
☐ Otro: _____

**Fechas de servicio solicitadas**
☐ Todas
☐ Las más recientes
☐ Desde _____ hasta _____

**Motivo de la divulgación**
☐ Solicitud del paciente ☐ Transferencia de atención médica ☐ Continuidad de atención médica
☐ Otro: _____

**Autorización:** Autorizo la divulgación de los registros mencionados anteriormente a Western Wake Pediatrics.
Nombre del padre/madre/tutor: _____
Relación con el paciente: _____
Firma: _____ Fecha: _____

**Reconocimiento**: Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, excepto en la medida en que ya se haya tomado alguna acción basada en ella. Entiendo que la información divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación y puede dejar de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad. Entiendo que no estoy obligado(a) a firmar esta autorización para recibir tratamiento. Esta autorización también permite el intercambio de información por fax, transmisión electrónica o intercambio seguro de información médica. Esta autorización permanecerá válida a menos que sea revocada y vencerá un año después de la fecha de la firma, a menos que se especifique lo contrario aquí: _____

**Entrega solicitada**
☐ Fax al (919) 859-6595
☐ Correo postal (***requerido si los documentos exceden 30 páginas***)
☐ Electrónico por correo seguro a records@wwpeds.com