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

AUTORIZACIÓN PARA QUE WESTERN WAKE PEDIATRICS DIVULGUE INFORMACIÓN MÉDICA

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

Autorizo a **Western Wake Pediatrics** a divulgar los siguientes registros:

☐ Último examen físico, registros de vacunas, gráficas de crecimiento y resumen médico
☐ Registros desde las fechas _____ hasta _____
☐ Otro _____

No autorizo la divulgación de la siguiente información médica sensible. Entiendo que, para cualquiera de las siguientes casillas que no estén marcadas, la información médica divulgada al destinatario mencionado puede incluir diagnóstico, evaluación e información de tratamiento relacionada con lo siguiente:

☐ Salud conductual ☐ Uso de alcohol o sustancias ☐ Enfermedades transmisibles, incluyendo VIH o SIDA

Información que será divulgada a

Nombre de la persona/práctica: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ Fax: _____

Motivo de la divulgación

☐ Solicitud del paciente ☐ Transferencia de atención médica ☐ Referencia a especialista
☐ Otro: _____

Entrega solicitada

☐ Fax ☐ Correo postal ***(requerido si los documentos exceden 30 páginas)*** ☐ Electrónico por correo seguro a la dirección de correo electrónico: _____
☐ Otro: _____

Autorización

Nombre del padre/madre/guardian(a): _____
Relación con el paciente: _____
Firma: _____ Fecha: _____

Reconocimiento: Por la presente autorizo el uso y la divulgación de información médica protegida del paciente mencionado anteriormente. Esta autorización permanecerá válida durante un (1) año a partir de la fecha de la firma, a menos que sea revocada previamente por escrito. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando una notificación por escrito; sin embargo, dicha revocación no aplicará a la información que ya haya sido divulgada en base a esta autorización antes de recibir la revocación. Entiendo que la información divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor y puede dejar de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad. Además, entiendo que firmar esta autorización es voluntario y que mi proveedor de atención médica no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios a que yo firme esta autorización, excepto cuando la ley lo permita.

Si el paciente tiene 18 años de edad o más, esta autorización debe ser firmada por él/ella.