WESTERN WAKE
PEDIATRICS

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

AUTORIZACIÓN DE ATENCIÓN COLABORATIVA PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA

_____ _____

Nombre del paciente **Fecha de nacimiento**

_____ _____

Padre/Madre/Tutor legal **Teléfono**
(si el paciente es menor de 18 años)

Autorización para el Intercambio de Información
A solicitud del paciente o de su representante autorizado, autorizo a Western Wake Pediatrics a intercambiar información confidencial del paciente con la siguiente entidad con el propósito de coordinar y apoyar la atención médica continua del paciente:

Especialista médico/Escuela/Otro: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Entiendo que la información intercambiada puede incluir información o resultados relacionados con condiciones psicológicas o psiquiátricas, agresión sexual, consumo de alcohol o sustancias y/o enfermedades transmisibles, incluido el SIDA/VIH.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a Western Wake Pediatrics. La revocación no afectará la información que ya haya sido divulgada en virtud de esta autorización antes de que se recibiera la revocación. Salvo que sea revocada anteriormente, esta autorización permanecerá vigente indefinidamente.

Entiendo que el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios no estarán condicionados a la firma de esta autorización, excepto cuando la ley lo permita.

Entiendo que la información divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y que es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Al firmar arriba, certifico que soy el paciente (si tengo 18 años o más) o el padre, la madre, el tutor legal u otro representante legalmente autorizado del paciente (si es menor de 18 años). Confirmo que tengo la autoridad legal para autorizar la divulgación o el intercambio de la información médica protegida del paciente. Se podrá solicitar comprobante de dicha autoridad legal.