



CONSENTIMIENTO PARA LIBERAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Médico de Atención Primaria: Kathryn M. Davis, MD, FAAP Daniela J. Egelmeer, DO, FAAP Eric R. Green, MD, FAAP
 Lauren A. Mortensen, MD, FAAP Jeanne R. Poel, MD, FAAP R. Garrett Shook, DO, FACOP

POR FAVOR NOTA: Se requiere el nombre, el número de teléfono y el número de fax de la persona/institución de la que se están divulgando los registros. Estos elementos requeridos se muestran a continuación. (Proporcione la dirección si está disponible.)

Liberación DE: *Nombre de Médico: _____
*Nombre de Oficina: _____
*Número de Teléfono: _____
*Número de Fax: _____
Dirección: _____

Liberar A: Holland Pediatric Associates, PLC
926 Washington Avenue
Building C
Holland, MI 49423
P: 616.393.0166
F: 616.393.0167

Tenga en cuenta que no aceptamos discos en CD.
Nos disculpamos por cualquier inconveniente que pueda causar.

Información Médica que se Publicará (por favor, elija uno):

- Expediente médico completo, **INCLUYENDO** el registro de las vacunas y la información relacionada con el tratamiento para el abuso o la dependencia de la sustancia; tratamiento psiquiátrico o de salud mental; información relacionada con las pruebas o el tratamiento del VIH/SIDA.
- Expediente médico entero, **EXCLUYENDO** la información relacionada con el tratamiento para el abuso o la dependencia de la sustancia; tratamiento psiquiátrico o de salud mental; información relacionada con las pruebas o el tratamiento del VIH/SIDA.
- Registro(s) de atención de _____ a _____ **INCLUYENDO** el registro de las vacunas y la información relacionada con el tratamiento del abuso de sustancias o la dependencia; tratamiento psiquiátrico o de salud mental; información relacionada con las pruebas o el tratamiento del VIH/SIDA.
- Registro(s) de atención de _____ a _____ **EXCLUYENDO** la información relacionada con el tratamiento por abuso de sustancias o la dependencia; tratamiento psiquiátrico o de salud mental; información relacionada con las pruebas o el tratamiento del VIH/SIDA.
- Si lo considera necesario el Doctor _____, Yo autoizo que esta información se envíe a través por transmisión de fax.
- Otro: _____

Motivo de la Publicación de los Registros: Años Mudanza Cambiando de Médico Insatisfecho
 Otro: _____

NOTA IMPORTANTE PARA PACIENTES DE 18 AÑOS DE EDAD O MÁS

Si se publican registros para un paciente de **18 años de edad o más**, se requiere la firma del **PACIENTE**.
*Los padres/tutores legales (de los 18 años de edad o más de los pacientes) no pueden firmar sin un documento judicial que indique que tienen la tutela legal del paciente. Los papeles de la tutela deben ser proporcionados.

Autorizo que la información médica sea liberada como se indica arriba. Entiendo que esta liberación es efectiva por 60 días a partir de la fecha de ejecución, pero que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento mediante el consentimiento por escrito de la parte mencionada anteriormente.

FIRMA del Padre Biológico/Adoptivo o Tutor Legal
(Si el paciente tiene 18 años o más, el paciente necesita firmar.)

La Fecha de Hoy
(Requerimos 5-7 días laborales para procesar.)

NOMBRE IMPRESO de la Persona que Firma

Relación con el Paciente

Número de Teléfono

Firma del Testigo

Fecha de Firma Testigo