



AUTORIZACION PARA EL ENVIO DE INFORMACION MEDICA

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Yo autorizo que la siguiente entidad entregue los archivos medicos de mi hijo(a)

Nombre del hospital/clinica/medico/etc.: _____

Direccion/Ciudad/Estado/Codigo Postal): _____

Numero de Telefono o Fax: _____

A la clinica Steeplechase Pediatric Center (numero: 281-469-2838 fax: 281-469-9314)

Para el proposito de:

- _____ prueba de vacunas
- _____ continuar cuidado
- _____ revision de seguro
- _____ asuntos legales (el abogado tendra que hacer la solicitud)

Otro: _____



La informacion que sera enviada es de la siguiente fecha(s): _____

E incluye:

- _____ Archivo medico completo, incluyendo enfermedades y/o tratamientos
- _____ Archivo medico limitado, solo informacion con el siguiente contenido: _____

Tambien yo SI AUTORIZO / NO AUTORIZO (circule una opcion y ponga iniciales aqui: _____) que la siguiente informacion sea enviada: informacion relacionada a estudios o tratamientos psicologicos/psiquiatricos, biorretroalimentación, diagnosticos/tratamientos de abuso de alcohol y/o drogas, exámenes de VIH (SIDA)

Yo, el padre/tutor legal, acepto que una fotocopia o facsimil (fax) de esta autorizacion puede ser considerada valida; esta autorizacion sera valida por 120 dias despues de la fecha de firma y que esta autorizacion puede revertirse por escrito en cualquier momento antes de la fecha de expiracion.

Entiendo que cuando la información se usa o divulga de acuerdo con esta autorizacion, puede estar expuesta a que el destinatario la vuelva a divulgar y ya no este protegida. Por este medio, libero a Steeplechase Pediatric Center de todas las responsabilidades y daños resultantes de este envio legal de mi informacion medica protegida.

Nombre: _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____

Relacion al paciente (circule una): paciente madre padre tutor legal