

Cactus Children's Clinic, P.C.
5940 W. Union Hills Drive, D100
Suite D100
Glendale, AZ 85308
602978-2500

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por la presente autorizo a *Cactus Children's Clinic* (CCC) a liberar o divulgar información de mis registros médicos a: (nombres de los padres/tutor legal)

Nombre: _____	Relación: _____
Nombre: _____	Relación: _____
Nombre: _____	Relación: _____
Nombre: _____	Relación: _____

¿Cómo nos ponemos en contacto con usted? (MARQUE CUALQUIERA O TODAS LO QUE APLIQUEN.)

☐ Teléfono de casa ☐ Celular ☐ Teléfono de trabajo ☐ Correo electrónico

Sí No Concedo permiso para dejar los resultados de análisis o mensajes en la contestadora automática de mi casa, en el trabajo, o en cualquier número de teléfono que he proporcionado.

Sí No Autorizo la divulgación de cualquier registro sobre medicamentos, tratamiento, análisis clínicos, o rayos x.

Sí No Autorizo la divulgación de cualquier registro sobre salud mental.

☐ Marque esta casilla si no desea que se discuta su información médica o se dé a conocer con otros miembros de la familia.

CONTACTO CON EL PACIENTE

Podemos divulgar su información médica a un familiar o amigo que esté involucrado en su atención médica o a alguien que ayude a pagar por su atención. (Por ejemplo, podemos dejar mensajes con la familia respecto a su tratamiento, recordatorios de citas y/o resultados de los análisis clínicos cuando usted no está disponible.) Si usted no quiere que revelemos su información médica a otros miembros de su familia, marque el cuadro de arriba para restringir la divulgación solo para usted.

ESTA AUTORIZACIÓN PERMANECERÁ EN EFECTO HASTA QUE SEA REVOCADA POR MÍ POR ESCRITO.

Tenga en cuenta lo siguiente: Cualquier registro de atención médica puede contener información personal y/o privada que tal vez usted no quiera que sea divulgada. Toda la información médica contenida en el expediente de un paciente es necesaria para un tratamiento completo y preciso para su condición médica y se dará a conocer a la(s) persona(s) nombrada(s) arriba, a menos que se especifique que solo se puede divulgar cierta información.

Padre/Tutor legal/Paciente

Fecha de firma