

Autorización Para La Divulgación de Información

SECCIÓN A: Debe completarse para todas las autorizaciones. Autorizo el uso/divulgación de mi información como se describe a continuación. Esta autorización es voluntaria y entiendo que todos los registros (escritos, orales o electrónicos) son confidenciales y no pueden divulgarse sin autorización previa, excepto según lo dispuesto por la ley. Una fotocopia o fax de esta autorización es tan válida como el original.

Honorarios: (se evalúan según su seguro)

- Tarifa de \$5 para formularios individuales

- Tarifa de \$25 por todo el registro médico (no se aplica si se envía directamente al consultorio de un médico)

Correo electrónico: Las solicitudes de registros médicos pueden enviarse por correo electrónico a **medicalrecords@centralcoastpeds.com**. Los registros completos nunca se enviarán por correo electrónico y los registros parciales solo se enviarán cuando lo permitan las reglas de privacidad de HIPAA.

Pacientes adultos: Los pacientes adultos (mayores de 18 años) deben solicitar sus propios registros. Para divulgar registros a un padre u otra parte, deben incluir al destinatario como la parte autorizada.

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

☐ De ☐ Para - Persona(s)/Organización autorizada para usar/divulgar la información

Central Coast Pediatrics, Inc. 1235 Osos St. Ste. 100, San Luis Obispo, CA 93401

Telefono #: (805) 549-0888 Fax #: (805) 549-8463 Email: medicalrecords@centralcoastpeds.com

☐ De ☐ Para - Persona(s)/Organización autorizada para usar/divulgar la información

Nombre: _____

Domicilio: _____

Tel/Fax: _____

Email: _____

SECCIÓN B: Necesita una copia de los registros para (Marque uno):

____ Uso Personal ____ Mudanza ____ Escuela ____ Cambio de Médico

SECCIÓN C: Verificación de información que puede ser utilizada/revelada:

(Incluir fechas apropiadas)

☐ Registro Medico Completo ☐ Registro de vacunación ☐ Registro de Medicamentos

☐ Informe de Consulta(s): _____

☐ Registro de Visita(s): _____

☐ Otro: _____

SECCIÓN D: Compruebe el formato que desea solicitar:

(Elige uno) ____ CD ____ Email ____ Fax ____ Recoger en la oficina

Firma del paciente o Representante

El día de hoy

Imprima Su Nombre

Relación con el Paciente

Central Coast Pediatrics, Inc. 1235 Osos St. Ste. 100, San Luis Obispo, CA 93401

Telefono #: (805) 549-0888 Fax #: (805) 549-8463 Email: medicalrecords@centralcoastpeds.com

Revised: September 2024