

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

NOTA: Llene un formato por paciente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre	Fecha de nacimiento
Domicilio	
Correo electrónico	Número de teléfono
LIBERAR EXPEDIENTE MÉDICO DE:	
Pediatria Sandbar	
Nombre	Nombre
(912) 694-1094	
Número de teléfono	Número de teléfono
617 Palisade Drive Brunswick, GA 31523	
Domicilio	Domicilio
info@sandbarpediatrics.com / (912) 694-1095	
Correo electrónico / Número de fax	Correo electrónico / Número de fax

EXPEDIENTE MÉDICO A LIBERAR: (OBLIGATORIO - Marque las opciones de abajo)

- ☐ Consultas en consultorio- p. ej., notas de evolución, lista de medicamentos, historial médico
- ☐ Referencias- especialistas
- ☐ Reportes de radiología- p. ej., radiografías
- ☐ Tablas de crecimiento
- ☐ Facturas desglosadas
- ☐ Otro (especifique): _____

FECHAS DE SERVICIO: _____

- ☐ Ecocardiogramas- p. ej., cardiología
- ☐ Cartilla de vacunación

(OBLIGATORIO) ☐ AUTORIZO ☐ NO AUTORIZO la liberación de información relacionada con SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) o infección por VIH (virus de inmunodeficiencia humana), atención psiquiátrica y/o evaluación psicológica, y tratamiento por abuso de alcohol y/o drogas (INICIALES): _____

FINALIDAD DE LA LIBERACIÓN: (OBLIGATORIO)

- | | |
|---|---|
| ☐ Copia personal | ☐ Determinación de discapacidad |
| ☐ Se mudó | ☐ Cambio de seguro |
| ☐ Para fines de seguro | ☐ Pasó a médico de cabecera de adultos |
| ☐ Asunto legal | ☐ Otro (Explique, por favor): _____ |
| ☐ Transferencia de atención (Especifique el motivo): _____ | |

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O DEL PACIENTE (SI EL PACIENTE TIENE 18 AÑOS O MÁS):

Reconozco que soy representante legal o una persona autorizada del paciente indicado arriba. Al firmar a continuación, autorizo la liberación y divulgación de la información de salud protegida del paciente. Esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de la firma. Entiendo que puedo cancelar esta solicitud mediante una notificación por escrito y que esto no afectará la información divulgada antes de que se notifique la cancelación. Entiendo que la información utilizada o divulgada puede estar sujeta a una re-divulgación por la persona o la institución que la reciba, y entonces ya no estaría protegida por las regulaciones federales. Entiendo que puedo recibir una compensación si esta información se utiliza para mercadotecnia y ventas. Entiendo que el proveedor médico a quien se autoriza entregar esta información no puede condicionar mi atención a que yo firme esta autorización.

Firma del Representante Legal/Paciente (18 años o más)	Fecha
Nombre en letra de molde del Representante Legal/Paciente (18 años o más)	Parentesco con el paciente