

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:

Nombre _____

Número de teléfono _____

Domicilio _____

Correo electrónico / Número de fax _____

LIBERAR EXPEDIENTE MÉDICO A:

Pediatría Sandbar

Nombre _____

(912) 694-1094

Número de teléfono _____

617 Palisade Drive Brunswick, GA 31523

Domicilio _____

info@sandbarpediatrics.com / (912) 694-1095

Correo electrónico / Número de fax _____

FECHAS DE SERVICIO:

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

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

(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 _____