

Autorización para divulgar información médica protegida a

Infants' and Children's Clinic, P.C.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

La siguiente persona o entidad está autorizada a divulgar mis registros médicos:

Dr.: _____

Dirección: _____

Teléfono #/Fax#: _____

La divulgación se hará a la siguiente persona o entidad:

Dirección: **Infants' and Children's Clinic, P.C.**
421 W. College Street
Florence, AL 35630

Teléfono: **256-764-9522**
Fax: **256-764-1139**

Por el propósito de:

- A petición del paciente / padre / guardián
- Consulta con un proveedor no sanitario / enfermera escolar sobre el niño.
Persona o entidad _____

O: _____

El tipo y la cantidad de información que se utilizará o divulgará:

- Lista de problemas, registro de vacunas, lista de medicamentos, historial más reciente y examen físico
- Lista de Alergias
- Conner Scales (TDAH)
- Resumen de alta más reciente
- Registros de psicoterapia De(fecha) _____ A(fecha) _____
- Resultados de Laboratorio De(fecha) _____ A(fecha) _____
- Informes de rayos X e imágenes De(fecha) _____ A(fecha) _____
- Reportes de Consultas De (Nombre de Doctor[es]) _____

Otro _____

Por la presente autorizo el uso o divulgación de información sobre la persona mencionada anteriormente y entiendo que:

1. Esta información sobre mí está protegida por la ley federal.
2. Puedo negarme a firmar la autorización.
3. Tengo derecho a revocar esta autorización por escrito.
4. Cualquier revocación será efectiva solo en la medida en que no se haya tomado acción en base a mi autorización previa.
5. A menos que revoque esta autorización, caducará en la siguiente fecha ____/____/____, evento o condición: _____. Si no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización vencerá en seis meses.
6. Al firmar a continuación, reconozco que la información de salud protegida utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario de esta divulgación y puede que ya no esté protegida por la ley federal.
7. El tratamiento o pago no se basará en mi firma de esta autorización.
8. Recibiré una copia de esta autorización.

Firma del paciente / padre / guardián

Fecha

Relación al paciente

Firma del Testigo