



Autorización para divulgar información médica protegida

Nombre del paciente (Último)	(Primero)	(MI)
Fecha de nacimiento	Número de teléfono	

- Yo, el abajo firmante, autorizo Los niños primero Pediatrics, LLC para **recibir** la PHI del paciente mencionado anteriormente **DE**:
- Yo, el abajo firmante, autorizo Los niños primero Pediatrics, LLC para **lanzamiento** la PHI del paciente mencionado anteriormente **A**:

Instalación y proveedor		
Dirección	Estado de la Ciudad	Código Postal
Número de teléfono	Número de fax	

Razón de la transferencia o divulgación de PHI:

- Cambio de seguro
 Transferencia de atención
 Continuidad de la atención
 Legal
 Mudarse fuera del área
 Consulta especializada
 Personal

PHI específica que se transferirá o divulgará:

- Historial médico completo
 Registro de control y vacunación del niño sano más reciente
 Otro: _____

Entiendo que se proporcionará todo el registro de tratamiento médico del paciente, incluida la información relacionada con el abuso de drogas o alcohol y el tratamiento psicológico o psiquiátrico, a menos que especifique que NO se debe divulgar la siguiente información:

Información específica que NO debe divulgarse

Firma

*** Hay una tarifa para entregar los registros médicos a un padre o tutor legal. Según la ley estatal, se le puede cobrar hasta \$ 1.00 por cada página de las primeras 25 páginas, \$ 0.50 por cada página que exceda las 25 páginas y una tarifa de búsqueda de \$ 5.00 por cada registro médico del paciente solicitado. ***

Se prohíbe la divulgación o transferencia de la información especificada a cualquier persona o entidad no especificada anteriormente. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, no puedo hacerlo por escrito y enviar mi revocación por escrito por correo certificado, con acuse de recibo solicitado al Oficial de Privacidad al Los niños primero Pediatría. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha divulgado en respuesta a esta autorización. También entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho a impugnar un reclamo bajo mi póliza. Entiendo que una vez que se divulgue esta información de atención médica, es posible que la nueva divulgación por parte del destinatario ya no esté protegida por la ley.

Esta autorización es válida hasta _____ o dos años a partir de la fecha de la firma. Solo los registros de la instalación / proveedor enumerados anteriormente pueden ser liberado legalmente. Cualquier registro de otro médico debe obtenerse de ellos.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta solicitud.

Paciente / padre / tutor legal impreso	Firma del paciente / padre / tutor legal	Fecha
Firma de testigo	Fecha	