



Autoización para divulgar información médica

Nombre del paciente: _____ La Fec. Nac.: ____/____/____
Imprimir nombre completo

Dirección: _____
Numero y Calle Ciudad Estado Cp

Numero primario: _____

Propósito de la liberación: [] Para mí [] Doctora cambiante [] Consulta [] Legal [] Otro: _____

Yo autorizo Tanasbourne Pediatrics a (marque todas las casillas correspondientes)

Form section with checkboxes: Dar registros a, Intercambio verbal con, Solicitar registros de. Includes fields for Name, Address, Email, and Fax.

Form section: Al marcar los espacios a continuación, autorizo a divulgación de los siguientes registros médicos. Lists items like lab results, radiology reports, etc.

Mi firma indica que entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

Entiendo que la información utilizada o divulgada en esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y es posible que ya no esté protegida por la ley federal.

Entiendo que la persona o entidad a la que autorizo usar y / o divulgar información puede recibir una compensación por hacerlo.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener servicios de atención médica o reembolso por servicios a menos que se requiera autorización para facturar a mi compañía de seguros.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas sobre esta autorización.

X _____ /____/____
Firma del padre o personal legalmente responsable Imprimir nombre | Relación con el paciente Fecha

X _____ /____/____
Pacientes de 14 años o más-FIRMA REQUERIDA Imprimir nombre Fecha