

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Prem Pediatrics
657 Camino de Los Mares, Suite 243
San Clemente, CA 92673
OFF: 949-661-2455 FAX: 949-661-2455

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento del paciente

Esta autorización permite al/a los proveedor(es) de atención de la salud nombrados a continuación divulgar información y registros médicos confidenciales. Nota: *La información y registros relativos al tratamiento de menores, VIH, trastornos psiquiátricos/de salud mental, o abuso de alcohol/sustancias tienen normas especiales que requieren autorización específica.*

AUTORIZACIÓN

[] Prem Pediatrics

Por medio de la presente autorizo a (Médico/Institución de Cuidado de la Salud)

A divulgar información acerca de (Nombre del paciente) _____
(Fecha de nacimiento del paciente) _____ acerca de mi historia clínica, enfermedades o lesiones, consultas, prescripciones, tratamiento, diagnóstico o pronóstico, incluyendo rayos x, correspondencia y/o registros médicos incluyendo los que sean de otros proveedores de atención de la salud distintos del nombrado arriba, mediante correo, fax u otros medios electrónicos.

[] Prem Pediatrics

Para: Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

La información/registro médicos serán utilizados para el siguiente fin:

Esta autorización es:

[] Limitada a la siguiente información médica: _____

[] Ilimitada (todos los registros, excluyendo Abuso de sustancias, Salud mental, Diagnóstico/tratameinto de VIH)

También presto consentimiento a la divulgación especifica de los siguientes registros:

Drogas/Alcohol/Abuso de sustancias _____(Inciales)

Psiquiátrica/Salud mental _____(Inciales)

Pruebas de anticuerpos para VIH _____(Inciales)

Diagnóstico/Tratamiento de VIH _____(Inciales)

DURACIÓN

Esta autorización será efectiva de inmediato y permanecerá vigente hasta (Fecha)_____

RESTRICCIONES

No se brinda permiso para otros usos o divulgaciones de esta información médica a menos que se obtenga otra autorización de mi parte o a menos que dicha divulgación se requiera de manera especifica o esté permitida por ley.

Una copia fotostática o facsímil de esta autorización será considerada tan efectiva y válida como el documento original.

Se me ha informado de mi derecho de recibir una copia de esta autorización.

Firma del padre/madre o tutor legal

Nombre del padre/madre o tutor legal

Relación legal

Fecha de hoy