



SOLICITUD DE LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Fecha: _____

Solicitud de: _____ (médico/centro médico/Hospital)
_____ (Dirección)
_____ (Teléfono # o FAX #)

Registros de liberación para:

St. Junipero Children's Clinic
333 Abbott Street, Suite C
Salinas, CA 93901-4486

Por favor envíe la siguiente información:

Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____
Nombre del padre o garante _____
Relación: _____

Imprima el Nombre: _____ Teléfono #: _____
(El miembro y el paciente tiene derecho a una copia de esta autorización)

Duración: Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y permanecerá en vigor durante un año a partir de la fecha de la firma otra fecha que se especifique aquí: _____.

Caducidad: Esta autorización está también sujeta a escrito revocación por el paciente y el miembro en cualquier momento. La revocación será efectiva tras la recepción por escrito, excepto en la medida en que la parte reveladora u otros han actuado confiando en la autorización.

Ilegar: entiendo que el recibo no legalmente puede más uso o revelar la información de salud a menos que otra autorización de mí o a menos que tal uso o revelación es específicamente requerido o permitido por ley.

Información solicitada:

Seleccione uno de los siguientes :

_____ Registros de vacunas _____ Labs/X-radiografías _____ Mandar por correo médico

_____ Notas Medicas _____ otros _____ Mandar por correo para padres

_____ Resumen de alta del Hospital _____ Recoger en la oficina

El PHI (información de salud protegida) contenida en este formulario es altamente confidencial. Está diseñado para el uso exclusivo de las direcciones. Debe utilizar sólo para ayudar en la prestación de servicios de salud específicos a este paciente. Cualquier otro uso es una violación de la Ley Federal (HIPAA) y se informará como tal.