

Garland Pediatric Practice
AUTORIZACION PARA EL ENVIO DE
INFORMACION MEDICA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo autorizo que la siguiente entidad entregue los archivos medicos de mi hijo(a)

Nombre del hospital/clinica/medico/etc.: _____

Direccion/Ciudad/Estado/Codigo Postal): _____

Numero de Telefono o Fax: _____

A la clínica:

Garland Pediatric Practice – 6448 Broadway Blvd Phone:972-216-8500 (Phone#:972-216-8500 and Fax#:972-216-8521)

Para el proposito de:

___ prueba de vacunas

___ continuar cuidado

___ revision de seguro

Otro: _____

La informacion que sera enviada es de la siguiente fecha(s): _____

E incluye:

___ Archivo medico completo, incluyendo enfermedades y/o tratamientos

___ Archivo medico limitado, solo informacion con el siguiente contenido: _____

Tambien yo SI AUTORIZO / NO AUTORIZO (circule una opcion y ponga iniciales aqui:_) que la siguiente informacion sea enviada: informacion relacionada a estudios o tratamientos psicologicos/psiquiatricos, biorretroalimentación, diagnosticos/tratamientos de abuso de alcohol y/o drogas, examenes de VIH (SIDA). Yo, el padre/tutor legal, acepto que una fotocopia o facsimil (fax) de esta autorizacion puede ser considerada valida; esta autorizacion sera valida por 120 dias despues de la fecha de firma y que esta autorizacion puede revertirse por escrito en cualquier momento antes de la fecha de expiracion.

Entiendo que cuando la información se usa o divulga de acuerdo con esta autorizacion, puede estar expuesta a que el destinatario la vuelva a divulgar y ya no este protegida. Por este medio, libero a Garland Pediatric Practice de todas las responsabilidades y daños resultantes de este envio legal de mi informacion medica protegida.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Relacion al paciente (**circule una**): paciente / madre / padre / tutor legal