



Solicitud de divulgación de registros médicos de pacientes

Al firmar este formulario, le autorizo a divulgar información confidencial de salud sobre mi hijo, al entregar una copia de mis registros médicos o un resumen de la información de salud protegida de mi hijo, al médico / persona / instalación / entidad que se detalla a continuación.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento _____

Por la presente autorizo registros de

Instalación / Oficina del Dr: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Por favor seleccione todo lo que corresponda

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Registros completos | <input type="checkbox"/> Historia y física | <input type="checkbox"/> Notas de progreso |
| <input type="checkbox"/> Planes de cuidados | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Informes de radiología |
| <input type="checkbox"/> Informes de patología | <input type="checkbox"/> Registro de tratamiento | <input type="checkbox"/> Reportes Operativos |
| <input type="checkbox"/> Informes hospitalarios | <input type="checkbox"/> Registro de medicación | <input type="checkbox"/> Otra (por favor especifique) |

Por la presente autorizo registros a:

CareVille Pediatrics, P.A.
1003 N. St Mary's St
Beeville TX. 78102
P: 361-492-5252
F: 361-492-5599

A los fines de la revisión de la historia médica por el médico tratante actual.

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. Tengo derecho a negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para garantizar el tratamiento. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación autorizada y es posible que la información no esté protegida por las normas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de la información de salud de mi hijo, puedo comunicarme con la persona u organización autorizada que realiza la divulgación. Entiendo que la información en el registro médico de mi hijo puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o de comportamiento y tratamiento por consumo de alcohol y drogas. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al Departamento de Registros Médicos. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorgue a mi aseguradora el derecho de impugnar una reclamación según la política de mi hijo.

He leído la información proporcionada en este formulario de autorización y, por la presente, reconozco que estoy familiarizado con los términos y condiciones de esta autorización.

Firma del paciente / padre / tutor: _____ Fecha: _____