

Autorización para el uso/divulgación de información médica protegida

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorizo voluntariamente el uso / divulgación de información de mi registro de salud.

La información debe ser divulgada por: **Nurture Pediatrics, PLLC**

La información debe ser proporcionada a: _____

Persona/instalación para recibir registros _____ Número de teléfono _____

Dirección de la calle _____ Ciudad _____ Estado _____ código Postal _____

La información que se divulgará de mi registro de salud: (marque la casilla correspondiente)

- Registro completo
- Sólo información relacionada con (especificar) _____
- Solo fechas de servicio de _____
- Otro (especifique) _____

Si **NO** desea que se divulgue ninguna de las siguientes informaciones confidenciales, marque las casillas correspondientes:

- Tratamiento del abuso de alcohol / drogas / Derivación Tratamiento relacionado con el VIH / SIDA
- Enfermedades de transmisión sexual Salud mental: sin incluir notas de psicoterapia
- (Las notas de psicoterapia solo se pueden divulgar con una autorización separada).*

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización enviando mi solicitud por escrito en cualquier momento a la Práctica. La Práctica debe cumplir con mi solicitud, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en base a esta autorización. Si esta autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro o una póliza de seguro, otra ley puede otorgar al asegurador el derecho de impugnar un reclamo bajo la póliza. Entiendo que esta solicitud caducará automáticamente 12 meses después de la fecha fijada a continuación.

Nombre del paciente: _____ Firma del paciente: _____

Nombre del padre o tutor: _____

Firma del padre o tutor: _____

Relacion con el paciente: _____

Fecha: _____