

WESTERN WAKE PEDIATRICS, PA
AUTORIZACION PARA LA LIBERACION DE INFORMACIÓN MÉDICA
AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

Nombre completo del paciente en letra de molde
Print Patients Full Name

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)
Birth Date (Month/Day/Year)

(Dirección, calle y número) / Address

Número de Seguro Social / Social Security Number

(Ciudad, Estado, Código Postal) / City, State, Zip Code

Teléfono (Casa) / Home Phone

A petición del individuo, yo / At the request of the individual, I _____
(nombre del paciente / patients name)

autorizo por este medio a / do hereby authorize _____ para liberar / to release:
(nombre de la oficina / name of facility)

Resumen de Alta / Dishcharge Summary Reportes de Patología / Pathology Reports Reportes de Emergencia / ER Reports
 Historial y Exámenes / History & Physical Reportes de Laboratorio / Laboratory Reports Otro / Other _____
 Notas de Progreso / Progress Notes Reportes de Radiología / Radiology Reports _____
 Notas Operativas / Operative Notes ECG/EEG/Cardiac Cath / ECG/EEG/Cardiac Cath

De el periodo de tiempo de / From the Period of time of _____ a / to _____

Yo acepto Yo NO acepto

Autorizar liberar información relacionada con Infección de SIDA (Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida) o VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) Cuidado psiquiátrico/valoración psicológica y tratamiento por abuso de alcohol o Drogas.

INFORMACION LIBERADA A:

Nombre de la Compañía/Agencia/Oficina/Persona

Domicilio (calle y número)

Ciudad, Estado y Código Postal

PROPOSITO DE LA ALTA:

Referir al Especialista Seguro Compensación del Trabajador Cambio de Doctor
 Investigación Legal Determinación de Incapacidad Personal Continuar con el cuidado.
Otro (especificar) _____

Por favor proveer el número telefónico donde podamos localizarlo durante el día: _____

Yo autorizo por medio de la presente se libere la información de salud del paciente nombrado arriba. Esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha firmada. Entiendo que puedo cancelar esta petición con notificación por escrito pero eso no afectaría ninguna información que se haya liberado previo a la notificación de cancelamiento. Entiendo que la información usada o liberada esta sujeta a re-liberación por la persona o clase de personas de los departamentos que la reciban y entonces ya no estaría protegida por las regulaciones federales. Entiendo que el proveedor de servicios médicos a quién el presente autoriza está protegido y puede condicionarme el tratamiento si importar si firmo o no la autorización.

Firma del individuo o del padre o tutor
O representante del estado del paciente.

Fecha

POR FAVOR NOTA: HABRA UN CARGO CUANDO LOS ARCHIVOS SEAN SOLICITADOS POR RAZONES PERSONALES O TRANSFERENCIA PERMANENTES\$0.75 POR PAGINA. PARA PAGINAS DE LA 1 A LA 25.\$0.50 POR PAGINA DE LA 26 A LA 38 \$0.15 POR PAGINAS DE LA 39 EN ADELANTE. CORPORATIVO SMART HA SIDO CONTRATADO PARA PROVEER ESTE SERVICIO Y SE CONTACTARA CON UD. DIRECTAMENTE.

INFORMACION MEDICA LIBERADA POR CORPORATIVO SMART.

ESPECIALISTA

FECHA