



AUTORIZACION DE SOLICITUD DE EXPEDIENTE MEDICO PARA PROPORCIONAR Y REVELAR INFORMACION MEDICA PROTEGIDA A TERCERAS PERSONAS

Nombre Legal del Paciente _____
 Primer _____ Segundo _____ Apellido _____ Fecha de Nacimiento Mes _____ Día _____ Año _____

Dirección _____ # SS _____ - _____ - _____
 Calle _____ # Apartamento _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ # Pacientes _____

Firmando este documento usted autoriza a: MÉDICO O PERSONA QUE HAYA SOLICITADO LOS REGISTROS MENCIONADOS. A revelar o proporcionar información médica acerca de su hijo(a) (o de la persona a la cual usted representa) la cual es protegida bajo ley federal, con el unico proposito por el tiempo estipulado en el siguiente parrafo.

Doctor o la Persona _____
 Nombre Completo _____

Dirección _____
 Calle _____ # Apartamento _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono _____ - _____ - _____

Solicito que la siguiente información medica sea proporcionada o revelada. **Por favor coloque sus iniciales en la opción deseada.**

- marque uno Fecha en que se prestó el servicio:
 Autorización para proporcionar toda su información médica.

Fecha de Servicio Mes _____ Día _____ Año _____ Registro especificada(s) _____
 a ser revelada por favor la lista de _____

Fecha de Servicio Mes _____ Día _____ Año _____ Registro especificada(s) _____
 a ser revelada por favor la lista de _____

Si NO quiere que cierta información sea proporcionada o revelada por favor especifique fecha del servicio, exámenes, etc.

Fecha de Servicio Mes _____ Día _____ Año _____ Registro especificada(s) _____
 a no ser revelada por favor la lista de _____

Fecha de Servicio Mes _____ Día _____ Año _____ Registro especificada(s) _____
 a no ser revelada por favor la lista de _____

ENVIAR INFORMACIÓN SOLICITADA A:

Pediatric Ear, Nose & Throat of Atlanta-Scottish Rite
5455 Meridian Marks Road NE . Suite 130 . Atlanta, Georgia 30342
PHONE: 404.255.2033 . FAX: 404.252.1901

Fecha de vencimiento o vencimiento del evento.

A menos de que se indique lo contrario este es válido por (1) año. _____
Mes _____ Día _____ Año _____

Esta información acerca de usted o su hijo(a) esta protegida bajo ley federal y usted tiene derecho a revocar este documento. Para que este se efecto usted debe pasar una aautorización por escrito. Es importante que sepa que encaso de que presente una revocación, esta será válida siempre y cuando la información no se halla proporcionado. Firmando este documento usted reconoce que en caso de que se revele información protegida bajo ley federal nosotros no condicionamos tratamiento basado en su autorización. Usted puede reusar a firmar la autorización.

Firma _____ Fecha _____
 de el Padre O Guardian Legal Mes _____ Día _____ Año _____
 O Si el paciente tiene 18 años o mas o emancipado

Tengo Autoridad de actuar en nombre de esta persona porque soy: La Madre El Padre El Guardián legal

marque uno Padrastro Madrastra Otro _____
Liste los Nombres _____