

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



**PENTA**  
Pediatric ENT of Atlanta  
Where Children Are First™

Nombre Legal del Paciente: Primer \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: Mes / Dia / Año \_\_\_\_\_

Dirección: Calle \_\_\_\_\_ Apartamento # \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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 / Dia / Año \_\_\_\_\_ Registro especificada(s) \_\_\_\_\_ a ser revelada por favor la lista de \_\_\_\_\_

Fecha de Servicio: Mes / Dia / 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 / Dia / Año \_\_\_\_\_ Registro especificada(s) \_\_\_\_\_ a ser revelada por favor la lista de \_\_\_\_\_

Fecha de Servicio: Mes / Dia / Año \_\_\_\_\_ Registro especificada(s) \_\_\_\_\_ a ser revelada por favor la lista de \_\_\_\_\_

**ENVIAR INFORMACIÓN SOLICITADA A:**  
Pediatric Ear, Nose & Throat of Atlanta-Scottish Rite  
5461 Meridian Mark Road . 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 / Dia / 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 de la Padre \_\_\_\_\_ O Guardian Legal Signature \_\_\_\_\_ Fecha Mes / Dia / Año \_\_\_\_\_

Si el paciente tiene 18 años o mas o emancipado

I have authority to act for the patient because I am:  La Madre  El Padre  El Guardián legal  Padrastro  Madrastra  Otro \_\_\_\_\_

check one Liste los Nombres