

All About Children Pediatric Partners, PC

655 Walnut Street, West Reading, PA 19611

Domicilio postal: PO Box 6946, Reading, PA 19610-6946 Teléfono: 610-372-9222 Fax: 610-372-0232

Autorización para divulgar información confidencial

PARA: All About Children Pediatric Partners, PC

Enviar copias de los registros de salud de:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____.

en la cual se incluya lo siguiente: (a menos que esté tachado)

Historias clínicas:	informes de laboratorio y radiología	análisis de VIH e información relacionada
Paciente internado	información sobre alcoholismo y drogadicción	inmunizaciones
Paciente ambulatorio	evaluaciones de asistencia social	análisis/evaluación psicológicos y/o educativos

Registros de proveedores de servicios médicos anteriores

A: _____.

Domicilio: _____ Fax : _____.

_____.

_____.

- Esta información, que puede incluir información médica confidencial referida a psiquiatría/abuso de sustancias/VIH/SIDA y salud mental, es necesaria con el fin de continuar el tratamiento médico.
- Entiendo que esta información se divulga de los registros cuya confidencialidad queda protegida por la Normativa Estatal y Federal sobre Privacidad.
- No tengo que firmar esta autorización para recibir beneficios de atención de la salud (tratamiento, pago o inscripción). Sin embargo, entiendo que AACPP puede atenderme mejor si puede obtener estos registros. También entiendo que la autorización es necesaria para participar en cualquier estudio de investigación o recibir tratamiento médico cuando el fin sea crear información de salud para un tercero.
- AACPP protegerá estos registros lo mejor que sus posibilidades le permitan.
- Estos registros pueden ser comunicados de AACPP al proveedor antes citado, por fax o por correo de los Estados Unidos.
- También entiendo que puedo revocar esta autorización (salvo en la medida que ya se hubiera implementado alguna acción) en cualquier momento, mediante una comunicación por escrito y fechada a cualquier agencia involucrada.
- Esta autorización es efectiva por un período de un (1) año desde la fecha de mi firma o hasta que la agencia solicitada haya cumplido con este pedido.
- Me han explicado la naturaleza y el propósito de esta divulgación para que los comprenda.

Firma del paciente/padre-madre/tutor

Fecha

»

Firma e identidad del testigo

Fecha

Enviado/remitido por fax el _____ por _____.