

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 Website: www.aacpp.com

Autorización para divulgar información confidencial

PARA: Establecimiento (núm. de paciente, si corresponde) Domicilio Teléfono/Fax

Hospital donde nació su hijo: _____

Último médico/clínica donde atendieron a su hijo: _____

Hospitalización/-es del paciente _____

Sala/s de emergencia _____

Otros médicos o especialistas que atendieron a su hijo _____

Para garantizar la continuidad terapéutica de este paciente, sírvase remitir copias de los registros de salud de

Nombre	Fecha de nacimiento	Núm. de Seguro Social
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	

Enviar por correo a: All About Children Pediatric Partners, PC Por fax a: 610-372-0232
P.O. Box 6946, Reading, PA 19610-6946

- 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 desde cualquiera de las fuentes anteriores a AACPP, 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 _____