



502 S. Old Orchard Ste 126
Lewisville, TX 75067
972.436.7962

Autorizacion para Ortorgar Archivos Medicos e Informacion de Salud Protegida

Debe llenar toda la informacion requerida para proceder con esta solicitud. Habra un cobro departe de PediPlace de \$5 para un record de vacunas y \$25 para archivos medicos completos que se conectaran al recojer los expedientes solicitados. Le excepcion sera cuando se transfiere a otro pediatra registrado/a o para una agencia administrando incapacidades u beneficios especiales.

Informacion de Paciente:

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Edad: _____ Telefono: _____
Direccion: _____

Record se Libera de:

Nombre: _____
Direccion: _____
Telefono: _____ Fax: _____

Record se Recibe en:

Nombre: _____
Direccion: _____
Telefono: _____ Fax: _____

Infomacion que se liberara:

Record Completo Laboratorio/Patologia Radiologia/Rayos-x Operativo
Recien Nacido/Neonatal Emergencia Parto Record de Vacuna

Otro _____

Nota:La informacion de arriba podria incluir records que tenemos de otros pediatras y organizaciones de salud.

Razon para Liberar:

Relocacion de Zona Nueva aseguranza no aceptada Referencia a especialista
Procedimientos Legales Archivos Personales Otra _____

Yo _____, autorizo lo arriba indicado y a los empleados, que supervisen y otorgen la Informacion de Salud Protegida especificada arriba. Entiendo que los expedientes pueden contener informacion delicada y confidencial que incluye pero no limita la salud mental, Pruebas de SIDA/VIH, tratamiento de drogas y alcohol. Entiendo que puedo revocar esta otorgacion en cualquier momento con una notificacion en escrito para PediPlace. Tambien entiendo que el potencial de la otorgacion de informacion previa se puede dar de nuevo por el remitente y no estara protegido por HIPAA.

Firma de Padre/Guardian/Paciente Adulto Fecha

(PACINTES DE 18 AÑOS DE EDAD Y MAYOR TINEN QUE FIRMAR PARA LIBERAR RECORDS)