

**AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA /
AUTHORIZATION FOR THE RELEASE OF MEDICAL INFORMATION**

ACCOUNT #: _____

1. NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA DE HOY: _____

<input checked="" type="checkbox"/>	REGISTROS DE (FROM):	<input checked="" type="checkbox"/>	REGISTROS PARA (TO):
<input type="checkbox"/>	Pediatric Medical Group	<input type="checkbox"/>	Pediatric Medical Group: Attn: Privacy Official 1430 E. Main St. Suite 201, Santa Maria, CA 93454 Phone: (805) 922-3548 ext. 311 Fax: (805) 361-0345
<input type="checkbox"/>	Otro:	<input type="checkbox"/>	Otro:
	Organización/ Nombre de persona		Organización/ Nombre de persona
	Dirección/calle		Dirección/calle
	Ciudad Estado Código Postal		Ciudad Estado Código Postal
	() ()		() ()
	Número de teléfono Número de fax		Número de teléfono Número de fax

3. **SOLICITANDO EXPEDIENTE PARA LAS FECHAS DE SERVICIO:** De _____ A _____.

4. TIPO DE EXPEDIENTES SOLICITADOS:

Archivo Completo Registro de vacunas / crecimiento Laboratorio / Radiografías Otro: _____

5. **RAZÓN DE SOLICITUD:**

Transferimiento de cuidado/ Tratamiento Personal Aseguransa Otro (explique): _____

6. Yo entiendo que la información en mi expediente médico puede incluir información relacionada a enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS), o virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Este puede también incluir información sobre los servicios de comportamiento o salud mental y tratamiento por el abuso de alcohol y drogas o servicios de auto-pago. Usted esta autorizando específicamente por la presente la revelación de toda la información o expediente médico relacionados como diagnósticos, exanimaciones, o tratamientos, a menos que se excluya específicamente a continuación .

Menores de edad de 13-17 años: La firma de un paciente menor de edad es requerida con el fin de revelar la siguiente información: (1) condiciones relacionadas con el cuidado reproductivo del menor incluyendo, pero no limitado: anticoncepción, embarazo y terminación del embarazo, esterilización, y enfermedades de transmisión sexual (edad 14 años y mayores), (2) alcohol y, o abuso de drogas (edad 13 años y mayores), y (3) condiciones de salud mental (edad 13 años y mayores).

Doy mi consentimiento a la revelación de la información especificada en relación a diagnósticos, exanimaciones o tratamientos a la persona o entidad nombrada anteriormente. Yo entiendo que tal información no puede ser revelada sin consentimiento. Reconozco que he revisado plenamente y entiendo el contenido de esta forma de autorización. Mi firma a continuación indica por la presente que acepto y autorizo la revelación de la información de salud del paciente a la persona u organización antes mencionada. Tengo el derecho de revocar o cancelar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Entiendo que no tengo que firmar esta autorización con el fin de obtener beneficios de cuidado de la salud (tratamiento, pago, inscripción, o elegibilidad para los beneficios). Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

ESTA FORMA EXPIRARÁ 1 AÑO DESDE DE LA FECHA FIRMADA A MENOS QUE SE ESPECIFIQUE LO CONTRARIO. PUEDE HABER UN CARGO POR LAS COPIAS DE SUS EXPEDIENTES MÉDICOS A MENOS QUE SE ENVÍEN A OTRO MÉDICO O CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA.

PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL: _____ **FECHA :** _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE: Madre Padre padre de crianza tutor legal otro: _____
(Se le puede pedir que proporcione documentación legal como prueba de poder notarial o tutela.)

FIRMA DEL PACIENTE (EDAD 13-17 AÑOS): _____ **FECHA:** _____