

# Infants' and Children's Clinic, P.C.

Autorización para divulgar información médica protegida

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## La siguiente persona o entidad está autorizada a divulgar mis registros médicos:

Dirección: **Infants' and Children's Clinic, P.C.**  
**421 W. College Street**  
**Florence, AL 35630**

Teléfono: **256-764-9522**

Fax: **256-764-1139**

## La divulgación se hará a la siguiente persona o entidad:

Dr.: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono/ Fax # \_\_\_\_\_

## Por el propósito de:

- A petición del paciente / padre / guardián legal
- Consulta con un proveedor no sanitario / enfermera escolar sobre el niño.  
Persona o entidad \_\_\_\_\_

O: \_\_\_\_\_

## El tipo y la cantidad de información que se utilizará o divulgará:

- Lista de problemas, registro de vacunas, lista de medicamentos, exámenes historial y físicos más reciente
- Lista de Alergias
- Conner Scales (formularios de desorden hiperactivo y déficit de atención)
- Resumen de alta más recién
- Registros de psicoterapia De(fecha) \_\_\_\_\_ a(fecha) \_\_\_\_\_
- Resultados de laboratorio De(fecha) \_\_\_\_\_ a(fecha) \_\_\_\_\_
- Informes de rayos X e imágenes De(fecha) \_\_\_\_\_ a(fecha) \_\_\_\_\_
- Informes de consulta De(Nombre de doctor(es)) \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

## Por la presente autorizo el uso o divulgación de información sobre la persona mencionada anteriormente y entiendo que:

1. Esta información sobre mí está protegida por la ley federal.
2. Puedo negarme a firmar la autorización.
3. Tengo derecho a revocar esta autorización por escrito.
4. Cualquier revocación será efectiva solo en la medida en que no se hayan tomado medidas en base a mi autorización previa.
5. A menos que revoque esta autorización, vencerá en la siguiente fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, evento o condición: \_\_\_\_\_. Si no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización vencerá en seis meses.
6. Al firmar a continuación, reconozco que la información de salud protegida utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario de esta divulgación y puede que ya no esté protegida por la ley federal.
7. El tratamiento o pago no se basará en mi firma de esta autorización.
8. Recibiré una copia de esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / padre / guardián legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo