

Forma de Autorización para Compartir/Pedir la Historia Medica

Esta forma nos autoriza para compartir su historia medica a las personas o entidades mencionadas abajo .

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Llene a continuación cual es aplica a usted (compartir o pedir)

<u>Compartir información a:</u>	

<i>Nombre del Doctor/Clinica/Organización</i>	

<i>Dirección</i>	

<i>Ciudad, Estado, Código Postal</i>	

<i>Numero de Teléfono</i>	<i>Numero de Fax</i>

<u>Pedir información de:</u>	

<i>Nombre del Doctor/Clinica/Organización</i>	

<i>Dirección</i>	

<i>Ciudad, Estado, Código Postal</i>	

<i>Numero de Teléfono</i>	<i>Numero de Fax</i>

Razones de la petición:

- Uso Personal
- Escuela
- Propósitos legales
- Fines del Seguro
- Especialista
- Transferencia de cuidado
- Otros: _____

Información para compartir:

- Registros Vacunas
- Justificante de ausencia a la escuela/trabajo
- Todos los registros
- Registros del Laboratorio

Yo entiendo que, al firmar a abajo, libero a Graham Pediatrics de Woodstock, LLC. y sus empleados, agentes, funcionarios y afiliados de toda responsabilidad, y reclamo de daño que pueda resultar al compartir esta Forma de Autorización para Compartir/Pedir la Historia Medica. La información sobre el cuidado medico de mi hijo(s) puede ser compartida tal como la autorice, y re compartida por los recipientes y no será mas protegida por Graham Pediatrics de Woodstock. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Y si no se revoca antes, este consentimiento permanecerá vigente por un (1) año.

Nombre y Firma de los Padres/Tutor Legal

Relación al Paciente

Fecha