

**Lafayette Clínica Pediátrica de Autorización para la divulgación de la
información médica**

Teléfono: (662) 236-3939

Fax: (662)236-3924

Nombre del paciente: _____	Fecha
de nacimiento: _____	
Dirección: _____ Ciudad / Estado / Código Postal:	

<input type="radio"/> Autorizo a Lafayette clínica pediátrica a la información a la liberación:

Nombre del Proveedor o en un Centro

Habla a

Ciudad (*): Estado (*): Código postal

Tel / Fax # (incluya el código de área)

O

<input type="radio"/> Autorizo a Lafayette clínica pediátrica para obtener información de:

Nombre del Proveedor o en un Centro

Habla a

Ciudad (*): Estado (*): Código postal

Tel / Fax # (incluya el código de área)

OBJETIVO DE ESTA SOLICITUD (Marque uno):
<input type="radio"/> Cuidado de la salud
<input type="radio"/> Cobertura del seguro
<input type="radio"/> Personal
<input type="radio"/> Otro
<input type="radio"/> Transferir

TIPO DE registros solicitados (marque uno):
<input type="radio"/> La historia clínica completa / más otros registros médicos
<input type="radio"/> La historia clínica completa / sin otros registros
<input type="radio"/> Laboratorios / Rayos-X
<input type="radio"/> Otros: _____

AUTORIZACIÓN PARA VÁLIDO (Marque uno):

- Sólo esta solicitud
- 90 días desde la fecha de esta autorización. Esta autorización se aplica a los registros del tratamiento recibido en o antes de la fecha de esta autorización.
- Esta solicitud y para los expedientes médicos de cualquier tratamiento futuro del tipo descrito hasta la fecha:

<p><i>Entiendo que:</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Que autorizar la divulgación de esta información médica es voluntaria. Si tengo preguntas acerca de la divulgación de mi información médica que pueda ponerse en contacto con las revelaciones de toma individuo u organización autorizados.▪ Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante la presentación de una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad: Rachel Thompson, RN, excepto cuando la divulgación ya se ha hecho en la dependencia en mi autorización previa. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido lanzado en respuesta a esta autorización.

Firma del padre o tutor legal _____

Relación con el paciente _____ **Fecha:** _____

NOTA: Los registros médicos se envían por fax en casos de necesidad médica solamente.

Cualquier divulgación de MEDICAL registro de información por los destinatarios (S) está prohibido excepto cuando implícita en los efectos de la divulgación.