



pediatric
clinic mount
pleasant

2001 N. Jefferson Suite 300
Mt. Pleasant, TX 75455
Phone: (903) 572-9823
Fax: (903) 575-5198

Autorización para la divulgación de registros

Nombre del paciente _____ Nacimiento _____

Dirección _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Elija la Opción 1 o la Opción 2 y complete el cuadro correspondiente.

Opción 1: Envío desde otro proveedor a Clínica Pediátrica Mount Pleasant

Por favor divulgue la información de salud de mi hijo a la Clínica Pediátrica Mount Pleasant.

Nombre del proveedor de envío: _____

Calle: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono: _____ Fax _____

Opción 2: Enviar desde la Clínica Pediátrica Mount Pleasant a otro proveedor o individuo

Clínica Pediátrica Mount Pleasant, divulgo la información de salud de mi hijo a lo siguiente:

Nombre del proveedor o individuo: _____

Calle: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono: _____ Fax _____

Por favor libere lo siguiente:

☐ Todos los registros (o marque lo siguiente que corresponda)

☐ Notas de progreso

☐ Historial/Examen físico

☐ Registro de vacunas

☐ Informes de diagnóstico (Lab/Xray/EKG)

☐ Informes hospitalarios

☐ Otro(a)(especificar) _____

Las razones o propósitos de esta divulgación de información son los siguientes:

Doy mi consentimiento para la divulgación de cualquier resultado positivo o negativo de cualquier prueba de SIDA o infección por VIH, anticuerpos contra el SIDA o infección con cualquier otro agente causante del SIDA con el resto de mis registros médicos. También doy mi consentimiento para la divulgación de información relacionada con servicios de salud mental o conductual y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas.

☐ Sí, doy mi consentimiento para la divulgación de esta información..

☐ No, no doy mi consentimiento para la divulgación de esta información..

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito enviando una notificación por escrito a la práctica; de lo contrario, esta autorización vencerá el día 365 después de su firma.

Firma del paciente [o padre, tutor o representante legal] _____

Fecha _____

Relación con el paciente [si es padre, tutor o representante legal] _____

Testigo _____