

Castle Rock Pediatrics

1001 S. Perry St. Suite 101B, Castle Rock, CO 80104
Autorización para usar / divulgar Información Medica de mi hijo (s)

Nombre del paciente _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del paciente _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del paciente _____ Fecha de Nacimiento: _____

I. Mi Autorización

Usted puede usar o revelar la siguiente información sobre el cuidado de la salud (marque todo lo que corresponda):

- Toda la información de la salud de mis hijos mantenida por la siguiente práctica:

Nombre: _____

Dirección: _____

(Circule incluir o excluir para cada una de las siguientes.)

Incluir o Excluir: la información de salud relacionada con el abuso de drogas / alcohol de mi niño (s).

Incluir o Excluir: la información de salud relacionados con VIH / SIDA de mi niño (s).

Incluir o Excluir: la información de salud relacionada con las condiciones psicológicas o psiquiátricas incluyendo notas de psicoterapia de mi niño (s).

- La información de salud en relación con el siguiente tratamiento o condición de mi niño (s)

- La información de salud de mi niño (s) para la fecha (s): _____.

- Otros: _____

Usted puede divulgar esta información médica a:

Castle Rock Pediatría, PLLC
1001 S. Perry St. Ste. 101B
Castle Rock, CO 80104
Teléfono: (303) 688-2228 Fax: (303) 353-1758

Motivo de esta autorización (marque todo lo que corresponda):

- A petición mía.

- Otros (especificar): _____

Esta autorización termina:

- Fecha: _____

- Cuando lo siguiente suceda: _____

II. Mis Derechos

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización con el fin de obtener beneficios para la salud (tratamiento, pago o inscripción). Sin embargo, tengo que firmar un formulario de autorización para recibir atención de salud cuando el propósito es crear información de salud para un tercero. Puedo revocar esta autorización por escrito. Si lo hago, que no afectará a las acciones ya adoptadas por la práctica antes mencionado sobre la base de esta autorización. Puede que no sea capaz de revocar esta autorización si su propósito era obtener un seguro. Las dos maneras de revocar esta autorización son:

- Llenar un formulario de revocación, disponible en la oficina
- Escribir una carta solicitando la revocación de la oficina

Una vez que la oficina da a conocer información sobre la salud, a la persona u organización que lo recibe puede volver a divulgarla, las leyes de privacidad ya no lo protegen.

Paciente o persona legalmente autorizado para firmar

Fecha/Hora

Impreso Nombre

Relación (padre, tutor legal, etc.)