

Phone: (407) 483-7925
Fax: (407) 483-7924



800 N. Rose Ave.
Kissimmee, FL 34741
www.orlando-pediatrics.com

Autorización para la copia, la liberación o la inspección de información de salud protegida

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Teléfono: _____

Dirección _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Al firmar esta autorización, autorizo el partido listado abajo para usar y/o revelar cierta información médica protegida (PHI) sobre mí / mi hijo.

Esta autorización permite:

Nombre del Proveedor: _____ **Teléfono:** _____

Dirección: _____ **Fax:** _____

para liberar : para obtener de:

Orlando Pediatrics **800 N. Rose Ave.** **Teléfono: (407) 483-7925**
Samer Khaznadar, MD **Kissimmee, FL 34741** **Fax: (407) 483-7924**

Lo siguiente:

Registros de hospital incluyendo Hx&Phys y descarga de resúmenes de las fechas:

_____ hasta _____.

Notas de la sala de emergencias de la época: _____ hasta _____.

Pruebas de diagnóstico y laboratorios.

Registros de vacunas (por favor fax registros de inmunización. Todos los otros expedientes solicitados pueden ser enviados por correo)

Notas de la oficina de la época: _____ hasta _____.

Expediente médico completo.

Propósito de la divulgación:

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Remisión a especialista | <input type="checkbox"/> Seguro | <input type="checkbox"/> Investigación legal |
| <input type="checkbox"/> Cambio de médico | <input type="checkbox"/> Trabajadores | <input type="checkbox"/> Determinación de discapacidad/SSI |
| <input type="checkbox"/> Cuidado continuo | <input type="checkbox"/> Personal | <input type="checkbox"/> Otros, por favor especifique: _____ |

Información a ser excluidos/no publicado:

- Registros de salud mental La prueba del VIH Tratamiento de drogas/Alcohol Asalto sexual/victimización Records
 Otros, por favor especifique: _____

Por lo presente autorizo la divulgación de la información de salud para el paciente nombrado arriba. Esta autorización es válida durante 12 meses desde la fecha de firma. Entiendo que puedo cancelar esta solicitud junto con la notificación por escrito pero que no afectará cualquier información publicada antes de la notificación de cancelación. Entiendo que la información usada o divulgada puede ser sujeta a re-divulgación por la persona o categoría de personas o instalaciones recibirla y entonces ya no protegería por regulaciones federales. Entiendo que el médico a quien esto se suministra no puede condicionar su tratamiento de mí si no firmo la autorización.

Firma del Padre/Tutor

Relación con el Paciente

Fecha