



LIBERACIÓN/AUTORIZACIÓN MÉDICA PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de teléfono del paciente: _____

AUTHORIZATION:

☐ Autorizo a North Sound Pediatrics a divulgar/obtener información

TIPO DE REGISTROS SOLICITADOS:

- ☐ Todos los expedientes médicos
 ☐ Registros de inmunización
 ☐ Registros de facturación
☐ Registros relacionados con una enfermedad o lesión específica: _____
☐ Registros de la fecha o fechas siguientes: _____
☐ Otro: _____

PROPÓSITO DE ESTA SOLICITUD:

☐ Transferencia de atención
 ☐ Colaboración en salud
 ☐ Escuela
 ☐ Legal
 ☐ Personal
 ☐ Otro: _____

Como debe North Sound Pediatrics manejar esta solicitud?

- ☐ Por favor entregue el registro del paciente en persona
 ☐ Por favor envíe los registros del paciente a la siguiente
☐ Por favor solicite el registro del paciente a los siguientes:
 ☐ Envíeme los registros del paciente a la dirección anterior:

Nombre del proveedor/instalación/individuo

Dirección

Ciudad/Estado/Código postal

Número de teléfono/Número de fax

Nombre del proveedor/instalación/individuo

Dirección

Ciudad/Estado/Código postal

Número de teléfono/Número de fax

Lo entiendo:

- Autorizar la divulgación de información de atención médica es voluntario, no necesito firmar este formulario para el tratamiento o el pago.
- Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento escribiendo a North Sound Pediatrics. Entiendo que una vez que la información se ha publicado de acuerdo con los términos de esta autorización, la información no se puede recuperar.
- Cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una mayor divulgación o distribución por parte del destinatario que puede no estar protegida por las leyes de confidencialidad.
- Esta autorización caducará un año a partir de la fecha firmada a continuación.
- Puede haber un cargo por los registros solicitados. De acuerdo con el Departamento de Salud del estado de Washington, North Sound Pediatrics tiene derecho a cobrar por una copia en los registros médicos. Las tarifas establecidas por el estado, de \$23 por tarifas administrativas, \$1.02 por cada página hasta 30 páginas y \$0.78 por cada página adicional.

Nombre impreso de la persona que completa el formulario

Relación con el paciente

Firma de la persona que completa el formulario

Fecha

Descargo de responsabilidad: este documento y la información en ella no constituyen asesoramiento legal. Tampoco es un sustituto de asesoramiento legal u otro profesional. Los usuarios deben consultar a su propio asesor legal para el asesoramiento sobre la aplicación de la ley y este documento, ya que se aplica a la normativa HIPAA.