

Wake Forest Pediatric Associates, PLLC

Wake Forest Pediatrics, 1655 Wake Drive, Suite 101, Wake Forest, NC 27587 PH: 919-556-4779 Fax: 919-556-5277

Knightdale Pediatrics, 6845 Knightdale Boulevard, Suite 100, Knightdale, NC 27545 PH: 919-266-5059 Fax: 919-266-4309

AUTORIZACIÓN PARA USAR/DIVULGAR/DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

ESPERE 5 DÍAS HÁBILES PARA QUE SE PROCESEN TODAS LAS SOLICITUDES DE REGISTROS MÉDICOS

(Imprimir el nombre completo del paciente)

Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)

(Dirección)

Número de seguro social

(Ciudad, estado, código postal)

(Número de contacto preferido)

RECORDS DE ALTA
HISTORIA Y FÍSICA
NOTAS DE OFICINA
NOTAS OPERATIVAS

NOTAS DE ESPECIALISTAS
INFORMES DE LABORATORIO
INFORMES RADIOLÓGICOS
INFORMES PSICOLÓGICOS

INFORMES DE EMERGENCIA
OTRO

- Si esta solicitud es para cualquier paciente de 18 años o más, el formulario debe ser firmado por el paciente (a menos que se proporcione documentación de poder notarial de atención médica)
POR FAVOR, ENVÍE POR CORREO CUALQUIER REGISTRO QUE CONSTE DE MÁS DE 30 PÁGINAS

TODOS LOS REGISTROS o, A partir del período de tiempo de to

Sí No

autorizar la divulgación de información relacionada con el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) o el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) Infección, atención psiquiátrica y/o evaluación psicológica, y tratamiento para el abuso de alcohol y/o drogas.

SOLICITAR INFORMACIÓN:

INFORMACIÓN DE DIVULGACIÓN A:

Nombre de la empresa/agencia/instalación/persona

Dirección

Ciudad, Estado, Código postal

Teléfono

Fax/Correo electrónico

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:

REFERIDOS A ESPECIALISTAS SEGURO MÉDICO COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR CAMBIO DE MÉDICO
INVESTIGACIÓN LEGAL DISCAPACIDAD DETERMINACIÓN PERSONAL ATENCIÓN CONTINUA

OTROS (ESPECIFIQUESE)

Proporcione el número de teléfono actual durante el día en caso de que necesitemos comunicarnos con usted:
Por la presente autorizo la divulgación de la información de salud para el paciente mencionado anteriormente. Esta autorización es válida durante 12 meses a partir de la fecha de la firma. Entiendo que puedo cancelar esta solicitud con notificación por escrito, pero que no afectará ninguna información publicada antes de la notificación de cancelación. Entiendo que la información utilizada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la persona o clase de personas o instalaciones que la reciben, y entonces ya no estaría protegida por las regulaciones federales.

Nombre impreso de la persona, tutor o representante personal del patrimonio del paciente

Fecha:

Firma del individuo, tutor o representante personal del patrimonio del paciente