

Cobb Pediatric Associates, PC

AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION SOBRE LA SALUD

Por la presente, autorizo a Cobb Pediatric Associates, PC revelar la siguiente información del historial médico de:

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Por favor, escriba con mayúsculas
Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Por favor, escriba con mayúsculas
Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Por favor, escriba con mayúsculas
Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Por favor, escriba con mayúsculas

Dirección actual: _____
Calle o Caja Postal Ciudad Estado Código Postal

Teléfono del domicilio: _(_____) _____ **Teléfono del Trabajo:** _(_____) _____

ADVERTENCIA: Solamente la información y datos médicos originados en esta clínica pueden revelarse o darse a conocer.

Por favor, especifique cualquier información que NO desea que divulguemos:

Autorizo revelar la información desde: _____ **Por favor, envíen mis datos médicos a:** _____
_____ **Cobb Pediatric Associates** _____
_____ **1060 Windy Hill Rd Suite 200** _____
_____ **Smyrna, GA 30080** _____
Tel # _____ **Fax #** _____ **Tel # 770-941-7709 Fax # 770-941-6441**

Esta información será revelada con el propósito de: _____

Propósito de la revelación: (marque todo lo que aplique)
Si usted va a cambiar de médicos, por favor, diga el motivo por el cambio (marque todo lo que aplique)

___ Lugar ___ Enfermera Médico ___ Médico ___ Edad de los niños ___ Personal de la Oficina
___ Lugar de la Oficina ___ Cambio de Domicilio ___ Seguro ___ Disponibilidad de las Citas ___ Tiempo de Espera
___ Otra razón _____

Comprendo que la información médica revelada como resultado de esta autorización puede no estar protegida por las normas federales de privacidad y la información sobre mi salud pueda divulgarse sin obtener mi autorización. Comprendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización. También puedo negarme a firmar esta autorización y que el tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud o la aprobación para los beneficios de atención sanitaria no dependerán de que firme esta autorización. Puedo anular esta autorización en cualquier momento, excepto en caso de que la persona o personas y/o la organización u organizaciones mencionadas anteriormente ya hayan actuado basándose en esta autorización.

Esta autorización permanecerá en vigor hasta la siguiente fecha: _____

ESCRIBA CON MAYUSCULAS Paciente/ Guardián/ o Representante Legal

FIRMA del Paciente/Guardián/ o Representante Legal **Relación con el paciente** **Fecha**