



Autorización para revelar y divulgar información de salud protegida

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nac.: _____

Yo autorizo entrega y la divulgación de la información especificada descrito en lo siguiente

Seleccionar la información que quiera ser utilizada o revelada

- ___ Expediente médico completo
- ___ Laboratorio y radiografía
- ___ Registro de vacunas
- ___ Otro: _____

(Exámenes genéticos o otro asunto "sensible" no se incluirán al menos de una autorización especificado pedido por padres o Guardián legales NRS.629.171)

Razón de la solicitud:

- ___ Solicitud de Proveedores
- ___ Petición personal de los padres
- ___ Transferencia el de cuidado Médico
- ___ Otro: _____

Transferir el expediente A / De (Si los registros están siendo liberados de Wee Care Pediatrics, circule "De")

Nombre del Doctor o oficina: Wee Care Pediatrics

Domicilio: 4785 S. Durango Dr. Ste 101 Ciudad: Las Vegas Estado: NV Código Postal: 89147

Teléfono: (702) 889-8444 Fax: (702) 933-4282

****Por favor NO enviar más de 20 páginas por fax por favor enviar por correo. Asegurar que los formatos sean B&W o PDF****

Transferir el expediente A / De (Si los registros están siendo liberaros a otro centro, circulo "A")

Nombre del Doctor o oficina: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Entiendo que una vez que se da conocer la información de salud protegida (PHI), es posible que ya no este protegida por la Ley Federal De Privacidad si es recibida por una asociación que no sea médica; Puedo terminar esta autorización en cualquier momento inmediatamente presentado una carta escrita de revocación al proveedor medico; Tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización y cualquier registro obtenido con su uso; Tengo el derecho de solicitar y revisar mis registros médicos o obtener copias contactando el Agente De Privacidad; Wee Care Pediatrics requiere una forma de liberación cada vez que se solicitan para evitar cualquier uso excesivo o solicitud que no sea autorizado a los expedientes médicos del paciente debido a cambios en mi dinámica familiar.

*** POR FAVOR ENVIE UNA COPIA DE SU IDENTIFICACION CON FOTO ***

_____/_____
Firma del padre o Guardián legal Fecha

_____/_____
Nombre Impreso Relación con el paciente

HABRA UN CARGO DE \$0.60 POR PAGINA POR LOS REGISTROS MEDICOS (NRS.629.061) REGISTROS SOBRE 20-25+ PAGINAS SE PRESENTARAN EN DISCO CON EL FORMATO DE PDF (CARGO \$12.00-\$15.00.) UN CARGO DE \$3.00 PARA RE-IMPRIMIR EL REGISTRO DE VACUNAS. POR FAVOR PERMITA 30 DIAS PARA QUE LOS REGISTROS MEDICOS SEAN PROCESADOS. HAREMOS TODO LO POSIBLE DENTRO DE LAS LIMITACIONES DE LA LEY, PARA SATISFACER SU PETICION.