



**Autorización Para Revelar Y Divulgar Información De Salud Protegida**

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ Por la presente, autorizo la divulgación y divulgación de la información especificada que se describe a continuación.

**Consulta la información a revelar:**

- \_\_\_\_ Expediente Médico Completo      \_\_\_\_ Laboratorios o radiografías
- \_\_\_\_ Registros de inmunización      \_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

**Razón de la solicitud:**

- \_\_\_\_ Solicitud de proveedores      \_\_\_\_ Solicitud de los padres/personal
- \_\_\_\_ Transferencia de Atención Médica      \_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

**\*\*FAX DE REGISTROS MÉDICOS (702) 492 - 9001 \*\***

**LOS REGISTROS DE MÁS DE 20 PÁGINAS DEBEN SER ENVIADOS EN DISCO EN B/N - FORMATO PDF**

**Transferir registros a/desde:** Wee Care Pediatrics / Over the Rainbow Pediatric Urgent Care  
**Address:** 10170 S Eastern Ave Ste #160 **City:** Henderson **State:** NV **Zip:** 89052

**Telefono::** (702) 550 - 2273 **Fax:** (702) 492 - 9001

**Transferir registros a/desde:**

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Entiendo: que una vez que se divulgue la información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés), es posible que ya no esté protegida por la ley federal de privacidad si se recibe en un centro que no es de atención médica; Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización y cualquier registro obtenido con su uso; Tengo derecho a solicitar e inspeccionar mis registros médicos u obtener copias de mis registros de salud poniéndome en contacto con el Oficial de Privacidad en cualquier momento; Wee Care Pediatrics requiere un formulario de divulgación cada vez que se solicitan registros para evitar cualquier uso excesivo o solicitud no autorizada de los registros médicos de mi hijo

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma del padre o Guardián legal      Fecha

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombre impreso Relación con el paciente      Fecha

**HABRÁ UN CARGO DE \$0.60 POR PÁGINA POR LA IMPRESIÓN DE REGISTROS MÉDICOS (NRS.629.061) REGISTROS SOBRE**

SE ENTREGARÁN 20 PÁGINAS EN DISCO EN FORMATO PDF - COSTO DE \$12.00. CARGO DE \$3.00 POR LA REIMPRESIÓN DE LOS REGISTROS DE TOMA. PERMITE HASTA 30 DÍAS PARA EL PROCESAMIENTO DE REGISTROS COMPLETOS O PARCIALES.