

Formulario de Registros Médicos

Nombre del Paciente:

Fecha de nacimiento:

Centro Medico: Atlanta Pediatric Partners, P.C.

Fax: 404-699-1380

Telefono: 4046991339

Por la presente lo autorizo a usar o divulgar la información específica que se describe a continuación, solo para el propósito y las partes que también se describen a continuación

Descripciones de la información específica que se utilizará o divulgará:

Persona o entidad que solicita la información y está autorizada para realizar el uso o divulgación solicitados

Centro Medico:

Fax:

Telefono:

Continuación de la atención médica Esta autorización permanecerá en vigor a partir de la fecha firmada a continuación y hasta 90 días después

Entiendo que:

- Puedo inspeccionar o copiar la información de salud protegida para ser utilizada o divulgada
- Puedo revocar esta autorización por escrito comunicándome con su oficina en la dirección anterior, atención Oficial de Privacidad
- La información utilizada o divulgada de conformidad con la autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estar protegida por HIPAA.
- Puedo negarme a firmar esta autorización y que usted no condicionará el tratamiento o el pago a que yo proporcione la autorización (excepto en la medida en que la autorización sea para un tratamiento relacionado con la investigación).
- Si marca esta línea, entiendo que recibirá una compensación de un tercero por el uso o divulgación de mi información.

Firma

Relacion al paciente:

Fecha: