



# Hometown Pediatrics

22136 medical village drive • athens, al 35613

## Autorización para liberar información de salud protegida

|                              |                    |      |
|------------------------------|--------------------|------|
| Nombre del paciente (Último) | (Primero)          | (MI) |
| Fecha de nacimiento          | Número de teléfono |      |

☐ Yo, el no firmado, autorizo a Hometown Pediatrics, LLC a recibir la PHI del paciente mencionado anteriormente DE: Yo,

☐ el no firmado, puedo autorizar a Hometown Pediatrics, LLC a revelar la PHI del paciente mencionado anteriormente A:

|                             |                     |               |
|-----------------------------|---------------------|---------------|
| Dirección de la calle de la |                     |               |
| instalación y del proveedor | Estado de la Ciudad | Código Postal |
| Número de teléfono          | Número de fax       |               |

Reason for transfer or release of PHI:

☐ Cambio de seguro

☐ Transferencia de atención

☐ Legal

☐ Mudarse fuera del área

☐ Consulta especializada

☐ Personal

PHI específico para apostar a que se liberen:

☐ Historial médico completo

☐ Verificación infantil más reciente

☐ Otro r: \_\_\_\_\_

Comprendo que el paciente se ha registrado en el momento de un registro mediático, incluida la información relacionada con el uso indebido y psicológico del tratamiento, se aplicará a menos que especifique que la siguiente información NO debe publicarse:

Información específica que NO se publicará

Firma

\* Existe la posibilidad de liberar grabaciones médicas a un galpón legal no org untario. De acuerdo con la ley, es posible que se le cobre hasta \$ 1 .00 por cada página de las primeras 2 5 páginas, \$ 0 .50 para lograr un beneficio de 25 páginas, y una tarifa de búsqueda de \$ 5 .00 para obtener un beneficio de la salud re cord re que ste d. \*

Se prohíbe la divulgación o transferencia de la información especificada a cualquier persona o entidad no especificada anteriormente. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, puedo hacerlo por escrito y enviar por correo mi revocación por escrito por correo certificado, devolviendo el recibo solicitado a la Oficina de Privacidad en Hometown Pediatrics. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización. También entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho a impugnar un reclamo bajo mi póliza. Entiendo que una vez que se divulgue esta información de atención médica, es posible que la divulgación por parte del destinatario ya no esté protegida por la ley.

Esta autorización es válida hasta \_\_\_\_\_ o dos años a partir de la fecha de la firma. Solo los registros de la instalación / proveedor enumerados anteriormente pueden ser legalmente alquilado. Cualquier registro de otro médico debe obtenerse de ellos.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta solicitud.

Paciente / padre / tutor legal impreso

Firma del paciente / padre / tutor legal

Fecha