**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

|  |
| --- |
| Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_/ \_\_\_\_  Oficina Principal: (escoja una) [ ] Peabody [ ] Salem [ ] Lynn [ ] Melrose [ ] Reading  Dirección de la casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono casa: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_  Persona que llena este formulario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Por este medio autorizo a que Pediatric Health Care Associates OBTENGA la siguiente información sobre la salud del paciente:**

[ ] Expediente Médico Completo [ ] Citas debidas a enfermedad(es)

[ ] Exámenes Físicos [ ] Vacunas

[ ] Pruebas de Laboratorio / Reportes de Rayos X

[ ] Otros (Por favor especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor obtenga la información anterior DE:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor envíe la información anterior A: Pediatric Health Care Associates**

**10 Centennial Drive**

**Peabody, MA 01960**

**Atención: Expedientes**

**Motivo por el cual se requiere la información:**

[ ] Cuidado médico en curso [ ] Uso personal

[ ] Asuntos Legales [ ] Otro (por favor especifique a continuación)

**Comentarios: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEBE ESTAR FIRMADA ANTES DE PODERSE PROCESAR**  **FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  *El padre o tutor legal NO PUEDE firmar si el paciente es mayor de 18 años.* |

**LOS FORMULARIOS DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEBEN REGRESARSE POR CORREO, FAX O PERSONALMENTE A CUALQUIERA DE NUESTRAS OFICINAS**