

El pago se requiere antes de entregarse
La información de vacunas está disponible gratis
Por favor concédanos dos semanas para copiar la historia clínica o expediente
Envíelo por fax a: 630 – 876 - 1032

PEDIATRIC HEALTH ASSOCIATES, Ltd.
AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION MÉDICA

De la oficina de:
Pediatric Health Associates
550 E. Washington St. Suite E
West Chicago, IL. 60185

Autorización a:

POR ESTE MEDIO YO AUTORIZO A REVELAR LA INFORMACION MEDICA DE LOS SIGUIENTES PACIENTES.

Nombre (s): _____ Fecha de nacimiento _____

Firma del Padre o representante legal: _____ Fecha: _____
Si tiene más de 18 años, el padre debe firmar.

POR FAVOR INDIQUE LA INFORMACION QUE DEBE SER REVELADA:

- Vacunas solamente (sin costo)
- Vacunas, tabla de crecimiento (\$20.00)
- Toda la historia clínica (\$20.00) + (\$.80 de 1-25 pgs.) + (\$.50 de 26-50) + (\$.30 por más de 51 pgs.)
_____ # de Teléfono donde podamos conseguirlo para el total.

YO ENTIENDO QUE ESTO PUEDE INCLUIR LA SIGUIENTE INFORMACION:

Indique qué áreas usted NO desea revelar información:

- AIDS HIV Drogas/ Alcohol/ Abuso ADHD

POR FAVOR INDIQUE EL ESPACIO APROPIADO:

- Sigo como paciente pero estoy buscando tratamiento con un médico especialista.
- Me estoy mudando de ésta área.
- Tengo nuevo seguro médico (aseguranza) y debo transferirme.
- Otro (por favor especifique): _____

ESTA AUTORIZACION ES VALIDA POR 60 DIAS DE LA FECHA EN QUE HA SIDO FIRMADA. YO ENTIENDO QUE PUEDO REVOCAR ESTA AUTORIZACION EN ESCRITO EN CUALQUIER MOMENTO.

Fecha de Revocación _____ Revocada por (Nombre): _____

LA PRÁCTICA, SUS EMPLEADOS, OFICIALES Y MEDICOS ESTAN EXENTOS POR ESTE MEDIO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD LEGAL EN LA REVELACION DE LA INFORMACION ANTERIOR INDICADA Y AUTORIZADA AQUÍ.

*******Para uso exclusivo de la oficina*******

- Cantidad pagada _____ Fecha del pago _____ Pago hecho por CK _____ CH _____ CA _____
- Récord enviado a (nombre) _____ Fecha _____
(dirección) _____ Iniciales _____
- Entregados a: (firma) _____ Fecha _____
- Enviados por fax a: _____ Fecha _____ Iniciales _____
Número del fax _____