

Especialistas pediátricos de Pendleton, LLC

2461 SW Perkins Ave. Pendleton, OR 97801

Teléfono: (541) 276-0250 Fax: (541) 276-0253

Medicos

Sara Rickman, MD

Rhonda Wyland, MD

Anita Hancock, MD

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA Y REGISTROS

Esta autorización debe ser por escrito, fechada y firmada por el paciente o por la persona autorizada por la ley.

(Nombre del paciente)

(Fecha de nacimiento)

Autorizo a la **liberación** y/o **intercambio** de información médica especificados a continuación en relación con el paciente arriba nombradas por copia de los registros médicos y/o discutiendo la información en persona o por teléfono.

Desde _____

Dirección _____ Teléfono _____

Ciudad, Estado, Código postal _____ FAX _____

A _____

Dirección _____ Teléfono _____

Ciudad, Estado, Código postal _____ FAX _____

Inicializando los espacios de abajo, me autorizan expresamente la publicación de los siguientes registros médicos, en caso de que existan dichos registros:

____ Registros médicos necesarios para la continuidad de los cuidados (**3 últimos años**)

____ Los registros de inmunización

____ gráficos de crecimiento

____ Otro _____

____ Los registros de atención de urgencia y emergencia

____/Patología informes de laboratorio

____ Informes de imagenología de diagnóstico

____ Resumen del Hospital

El propósito de la revelación _____

*debe estar **iniciado** para ser incluida en otros documentos (cuánto a revelar, el propósito de la divulgación y el periodo de tiempo debe ser completado).

____ *El VIH/SIDA los registros relacionados con

____ *pruebas genéticas información

____ *Información de Salud Mental

____ *Información drogas/alcohol

¿Cuánto y qué tipo de información que debe revelarse _____

El propósito de la revelación _____

Esta autorización se limita al período de tiempo siguiente _____

Esta autorización podrá ser revocada por escrito en cualquier momento. La única excepción es cuando se habían tomado medidas en dependencia de la autorización. A menos que sea revocada, este consentimiento vencerán 1 año desde la fecha de la firma o permanecerán en vigor durante el período razonablemente necesario para Completar la solicitud. La información puede ser utilizada o divulgada sujeto a re-revelación por parte del destinatario. Especialistas pediátricos de Pendleton, LLC no puede condicionar el tratamiento o elegibilidad de beneficios a que esta autorización está firmado.

(fecha)

(firma del paciente).

(fecha)

(firma de la persona autorizada por la ley)

Número de teléfono al que se llegue _____