

Pacientes quien tiene 18 años o más Registración y Autorización para Divulgar Información Médica a Padre/Tutor Legal

Nombre: _____ Teléfono celular: _____

Dirección: _____ Email: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___

Etnia: Hispano / No Hispano / Desconocido **Raza:** Asiático/Negro/Hawaiano/Blanco/Indio Americano/Alaska Nativo

Marque el método preferido de comunicación:

Mensaje:	___ Tel. Casa	___ Tel. Celular	___ Texto al Celular	___ Tel. Trabajo	___ Email
Recordatorio de cita:	___ Tel. Casa	___ Tel. Celular	___ Texto al Celular	___ Tel. Trabajo	___ Email
Cuestión médica:	___ Tel. Casa	___ Tel. Celular	___ Texto al Celular	___ Tel. Trabajo	___ Email
Aviso de revocación:	___ Tel. Casa	___ Tel. Celular	___ Texto al Celular	___ Tel. Trabajo	___ Email

Madre/Tutor Legal: _____
Apellido Primer nombre Inti media FechaNac Madre / Madrastra/ Otra

Padre/Tutor Legal: _____
Apellido Primer nombre Inti media FechaNac Padre / Padratro / Otro

Teléfono de madre _____ Telefono de padre _____

I solicito y autorizo Drs. Bugakov, Corso, Resk y/o Stoeber para divulgar la información médica del paciente nombrado arriba a el padre/tutor legal:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Esta solicitud y autorización se aplican a:

Todas las informaciones médicas, incluyendo resultados de laboratorio e imágenes médicas.

Otro: _____

Definición: Enfermedades de transmisión sexual (ETS) según lo definido por la ley, RCW 70.24 et seq., incluye herpes, virus del papiloma humano, verruga, verruga genital, condiloma, clamidia, uretritis, sífilis, VDRL, chancroide, goma, VIH (virus de inmunodeficiencia humana), SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida), and gonorrea.

Sí No Yo autorizo el lanzamiento de mis resultados de pruebas de ETS, VIH/SIDA, embarazo, ya sea negativo o positivo, a la persona mencionada arriba. Entiendo que la persona mencionada arriba será notificada que debo dar un permiso escrito específico antes de la divulgación de estos resultados de prueba a cualquier persona.

Sí No Yo autorizo el lanzamiento de mis archivos respecto a droga, alcohol, o tratamiento de salud mental a la persona mencionada arriba.

Firma del paciente: _____ Fecha de la firma: _____

Responsabilidad financiera/documentos de facturación deben enviar a:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____