



EXPRESS PEDIATRIC CARE

Solicitud de Registros Médicos

* Autorización para el uso de divulgación de información médica protegida (requerido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 45 C.F.R. Partes 160 y 164)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Información que se divulgará de:

Nombre de la práctica: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Fax: _____

Información a enviar a:

Express Pediatric Care

10 Enterprise Blvd., Ste. 105

Greenville, SC 29615

Numero de Telefono: 864-551-2422 Numero de Fax: 864-551-2424

Información que se divulgará:

Notas del registro medico Resultados de laboratorio. Rayos X Registros de vacunación

Información específica (especifique): _____

Razón para la que se realiza la divulgación:

Cambio de proveedor Personal

Mis derechos:

Entiendo que no tengo que firmar este formulario para obtener beneficios de atención médica (tratamiento, pago o inscripción). Puedo revocar este formulario por escrito. Entiendo que una vez que la información médica que he autorizado que se divulgue llegue al destinatario indicado, esa persona u organización puede volver a divulgarla, en cuyo caso ya no estará protegida por la ley de privacidad. La copia de este formulario es tan válida como el original.

Nombre del Padre de Familia/Guardian: _____

Firma del Padre de Familia/ Guardian: _____



EXPRESS PEDIATRIC CARE

Solicitud de Registros Médicos

* Autorización para el uso de divulgación de información médica protegida (requerido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 45 C.F.R. Partes 160 y 164)

Fecha: _____