

AUTORIZACION PARA TRANSFERIR ARCHIVOS MEDICOS

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____

Padres / Tutores : _____ Numero de Telefono: _____

Direccion: _____

Esta abandonando la practica ? _____

Esta autorizacion le concede al profesional de atencion de la salud nombrado debajo a liberar informacion medica o archivos confidenciales. Note : Informacion y archivos considerando tratamiento de menores, HIV, condiciones de salud mental / psiquiatrica, o abuso de alcohol / substancia tienen reglas especiales que requieren autorizacion especifica.

AUTORIZACION: Yo autorizo a _____ que libere informacion respecto a mi historial medico, enfermedad o lesiones, consultas, recetas, tratamientos, diagnosticos o pronosticos, incluyendo rayos-x, correspondencia y archivos medicos por correo, fax, o otro metodo electronico a :

Nombre _____

Direccion _____

Cuidad, Estado y Codigo Postal _____

La informacion / archivos medicos seran usados para lo siguiente: _____

Esta autorizacion es:

- Inlimitado (todo archivo, excluyendo **Abuso de Substancia, Salud Mental, Diagnostico / Tratamiento HIV**)
- Limitado a la siguiente informacion medica : _____

Tambien doy consentimiento a liberar los siguientes informes :

Abuso de Drogas / Alcohol / Substancias _____ (iniciales) Pruebas de anticuerpo por HIV _____ (iniciales)

Salud Mental/Psiquiatrico _____ (iniciales) Diagnosticos / Tratamiento HIV _____ (iniciales)

DURACION: Esta autorizacion estara en efecto para (1) ano a menos que sea especificado.

RESTRICCIONES : Permisos para mas uso de informacion medica revelada no sera consentida a menos que otra autorizacion sea obtenida por mi o a menos que sea requerida especificamente o permitida por ley.

Una fotocopia de facsimil de esta autorizacion sera considerada en efecto y valida como la original. Yo he sido aconsejado de mis derechos para recibir una copia de esta autorizacion.

Todo archivo liberado por **Harvest Pediatrics** sera sujeto a un cobro de **\$25.00** por expediente, tendra que ser pagado antes de liberar cualquier archivo, como es permitido por California y Leyes Federales. Cobro podra ser aumentado en la determinacion de la medida del expediente o monto de paginas copiadas. Solo archivos de cuidados hechos en Harvest Pediatrics o por uno de los Doctores de **Harvest Pediatrics** seran liberados.

Firma: _____ Relacion del paciente: _____

Fecha: _____ Numero de Cuenta del Paciente: _____

Testigo: _____