



Advance Community Health - Southeast Raleigh - Pediatrics

1011 Rock Quarry Road
Raleigh, NC 27610
Phone: (919) 833-3111
Fax: (919) 834-3118

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN/SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Para preguntas, comuníquese con su Oficina al (919) 833-3111

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **ID:** _____

<p>Solicitar registros de Por la presente solicito mi información médica/dental de: Nombre: _____ Dirección: Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____ Fax: _____</p>

<p>Liberar registros para Por la presente autorizo a Advance Community Health a divulgar información médica/dental como se indica a continuación para: Nombre: Dirección: Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____ Fax: _____</p>
--

<p>Información a solicitar/liberar: (debe introducir y seleccionar una de las siguientes opciones) Fechas de servicio: _____ a _____ O: Todas mis fechas de servicio Incluir (Elegir): -Visitas a la oficina -Informes de laboratorio -Inmunizaciones -Otros:</p>	<p>Autorizo específicamente la divulgación de información relacionada con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abuso de sustancias (incluido el abuso de alcohol/drogas) • Salud mental (incluyendo notas de psicoterapia) • Información relacionada con lastejas, el VIH y el VIH (incluidas las pruebas de TEC) • Ninguno de los anteriores <p>Firmar: _____ (Firma del paciente/tutor) Fecha: _____</p>
---	---

<p>Finalidad de la divulgación (elija una): Cambio de médicos / Escuela / Consultas / Segunda Opinión / Compensación al Trabajador / Seguro / Legal / Otros:</p>

<p>Yo soy el (elija uno):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente • Guardián • Persona Autorizada • Otros: <p>1. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a la organización que proporciona por escrito. 2. Entiendo que la información utilizada o divulgada mediante la firma de esta autorización puede estar sujeta a la re-divulgación por el destinatario y ya no por la protección por las regulaciones federales de privacidad.</p>
--

Imprimir nombre _____ Firma _____ Fecha _____