

PEDIATRIC, ADOLESCENT SURGICAL ASSOCIATES, P.C.
5455 MERIDIAN MARK ROAD, SUITE 570 * ATLANTA, GA 30342 * 404.252.3353 * FAX 404.601.7286

AUTORIZACION DE SOLICITUD DE EXPEDIENTE MEDICO PARA PROPORCIONAR Y REVELAR INFORMACION MEDICA PROTEGIDA A TERCERAS PERSONAS

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección del Paciente: _____ Número del Seguro Social: _____

Firmando este documento ud autoriza a:

Doctor (o persona poseedora de su expediente médico) _____

Dirección _____

A revelar o proporcionar información médica acerca de su hijo(a) (o de la persona a la cual ud. representa) la cual es protegida bajo ley federal, con el unico proposito por el tiempo estipulado en el siguiente parrafo.

Solicito que la siguiente información medica sea proporcionada o revelada. **Por favor coloque sus iniciales en la opción deseada.**

_____ Fecha en que se prestó el servicio: _____

O

_____ Autorización para proporcionar toda su información médica.

Si no quiere que cierta información medica sea proporcionada o revelada, por favor especifique la fecha de el servicio, examen, etc.

Enviar información solicitada a:

Nombre	Pediatric, Adolescent Surgical Associates, P.C.
Dirección	5455 Meridian Mark Road, Suite 570 Atlanta, GA 30342
Telefono	404-252-3353
Fax	404-601-7286

Fecha de vencimiento o vencimiento del evento.

A menos de que se indique lo contrario, este es válido por (1) año. _____

Esta información acerca de ud o su hijo(a) esta protegida bajo ley federal y ud tiene derecho a revocar este documento. Para que este se a efecto ud debe pasar una aautorización por escrito. Es importante que sepa que encaso de que presente una revocación, esta será válida siempre y cuando la información no se halla proporcionado. Firmando este documento ud reconoce que en caso de que se revele información protegida bajo ley federal nosotros no condicionamos tratamiento basado en su autorización. Ud puede reusar a firmar la autorización.

Firma de el Padre O Guardian Legal

Fecha

O

Si el paciente tiene 18 años o mas o emancipado

Tengo Autoridad de actuar en nombre de esta persona porque soy:

Relación de el paciente