



# Autorización de Solicitud de Expediente Medico Para Proporcionaly y Revelar Informacion Medica Protegida a Terceras Personas

Número del Paciente

Pediatric Adolescent Surgical Associates, P.C. 5455 Meridian Mark Road . Suite 570 Atlanta . GA 30342 404.252.3353 FAX 404.252.0645

Nombre Legal de Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Primer Segundo Apellido Mes Dia Año

Dirección \_\_\_\_\_ # SS \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Calle # Apartamento

Ciudad Estado Código Postal

Firmando este documento ud autoriza a: **MÉDICO O PERSONA QUE HAYA SOLICITADO LOS REGISTROS MENCIONADOS.** 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.

Doctor o la Persona \_\_\_\_\_ Nombre Completo

Dirección \_\_\_\_\_

Calle # Apartamento

Ciudad Estado Código Postal Teléfono \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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

marque uno Fecha en que se prestó el servicio:

Autorización para proporcionar toda su información médica.

Fecha de Servicio \_\_\_\_\_ Registro especificada(s) \_\_\_\_\_

Mes Dia Año a ser liberada por favor la lista de

Fecha de Servicio \_\_\_\_\_ Registro especificada(s) \_\_\_\_\_

Mes Dia Año a ser liberada por favor la lista de

Si NO quiere que cierta información sea proporcionada o revelada por favor especifique fecha del servicio, exámenes, etc.

Fecha de Servicio \_\_\_\_\_ Registro especificada(s) \_\_\_\_\_

Mes Dia Año a no ser revelada por favor la lista de

Fecha de Servicio \_\_\_\_\_ Registro especificada(s) \_\_\_\_\_

Mes Dia Año a no ser revelada por favor la lista de

## ENVIAR INFORMACIÓN SOLICITADA A:



Pediatric Adolescent Surgical Associates, P.C.  
5455 Meridian Mark Road . Suite 570 Atlanta . GA 30342

Pediatric Adolescent Surgical Associates, P.C. 404.252.3353 FAX 404.252.0645

Fecha de vencimiento o vencimiento del evento.

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

Mes Dia 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 \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

de el Padre O Guardian Legal Mes Dia Año

O Si el paciente tiene 18 años o mas o emancipado

Tengo Autoridad de actuar en nombre de esta persona porque soy: La Madre El Padre El Guardián legal

marque uno

Padrastra Madrastra Otro \_\_\_\_\_

Liste los Nombres