



Autorización del Paciente Para Divulgar Información

Nombre : _____
Fecha de Nacimiento _____
Direccion: _____
Teléfono Móvil: _____

Publicación De Registros de

Nombre de Oficina: _____
Direccion: _____
Telefono Movil: _____
Fax: _____

Publicación De Registros Para

The Pediatric Place
1236 Bond Ave, Ste B, Rexburg, ID 83440
T: 208-701-0277
F: 208-701-0294

Fechas Solicitada (circule uno) : Todos (Desde Nacimiento) Ultimo ano Ultimos 5 anos
Ultimos 10 anos Other: _____

Registros para Liberar:

- Vacunas Resultados de Laboratorio Resultados de Imagen Notas de Clínica
 Reportes de Patología/Quirúrgico Todo el Historial Médico

Yo, El abajo firmante autorizo la liberación de la información especificada arriba para el paciente mencionado anteriormente. Yo entiendo que mis registros son confidenciales y no se pueden divulgar sin mi autorización escrita, excepto cuando permitido por la ley. Información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización, puede estar sujeto a una nueva divulgación por parte del destinatario y no estar protegido. Comprendo que la información especificada que se divulgara puede incluir, entre otros antecedentes, diagnósticos, y/o tratamiento del abuso de drogas o alcohol, enfermedades mentales o enfermedades mentales o enfermedades transmisibles, incluido el VIH/SIDA. Yo entiendo que puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en medida en que se hayan tomado medidas en virtud de autorización.

Firma del paciente o tutor legal fecha/Nombre Impreso del paciente o tutor legal relación con el paciente