AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÃO

Nome do paciente: _____
Data de nascimento: _____
Endereço: _____
Numero de telefone: _____

Liberando registros de

Nome do escritório: _____
Endereço: _____
Numero de telefone: _____
Numero de fax: _____

Liberando registros para

Nome do escritório: The Pediatric Place
Endereço: 1236 Bond Ave, Ste B, Rexburg, ID 83440
Numero de telefone: 208-701-0277
Numero de fax: 208-701-0294

Datas solicitadas: Todos Ultimos 1 ano Ultimos 5 anos
Ultimos 10 anos De outros: _____

Registros para liberar:

- ❑ Vacinações
- ❑ Relatórios laboratoriais
- ❑ Relatórios de imagem
- ❑ Notas clínicas
- ❑ Notas cirúrgicas
- ❑ Patologia
- ❑ **Registro médico inteiro**

Eu, abaixo assinado, autorizo a divulgação das informações especificadas acima para o paciente mencionado acima. Entendo que meus registros são confidenciais e não podem ser divulgados sem minha autorização por escrito, exceto quando permitido por lei. As informações utilizadas ou divulgadas de acordo com esta autorização podem estar sujeitas a nova divulgação pelo destinatário e não mais protegidas. Entendo que as informações especificadas a serem divulgadas podem incluir, entre outros, histórico, diagnóstico e / ou tratamento de abuso de drogas ou álcool, doenças mentais ou doenças transmissíveis, incluindo HIV / AIDS. Entendo que posso revogar esta autorização por escrito a qualquer momento, exceto na medida em que ações tenham sido tomadas com base na autorização.

_____ _____
Assinatura data de hoje

_____ _____
Nome impresso Relação com o paciente