

AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN SANITARIA



Dakota Pediatrics

3636 N First Street, suite 120, Fresno, CA 93726

Teléfono: (559) 224-4365 Fax: (559) 224-4354

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

Al rellenar este documento, usted autoriza la divulgación y la utilización de la información sanitaria que lo identifica personalmente como se estipula a continuación. **El no brindar toda la información solicitada, quizá invalide esta autorización.**

Con la presente autorizo a _____ para utilizar y
(lanzamiento de)

divulgar una copia de los datos sanitarios detallados a continuación acerca de la persona identificada anteriormente a la persona, institución u organización mencionados a continuación

(liberar a)

La solicitud se hace con el siguiente propósito: *(Por favor, marque el que corresponda)*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Para la transferencia del cuidado | <input type="checkbox"/> La obtención de beneficios adicionales |
| <input type="checkbox"/> Uso personal | <input type="checkbox"/> Pago de una reclamación |
| <input type="checkbox"/> Para el uso de un abogado | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Autorizo expresamente la utilización y la divulgación de la siguiente información sanitaria específica mientras dicha información exista. Por favor, indique qué tipo de datos sanitarios le gustaría solicitar.

Tipo de información	Señale con [X] el correspondiente	Fechas relacionadas con los datos
Historia de consultas		
Registro de vacunas		
Informes de pruebas de laboratorio		
Informes de pruebas diagnósticas		
Otro:		



Entiendo que el tratamiento, el pago, la inscripción o la idoneidad para recibir prestaciones no serán denegados por razón exclusiva de mi negativa a otorgar esta autorización a menos que corresponda lo siguiente:

- el tratamiento está relacionado con una investigación clínica y el destinatario anteriormente indicado procura usar la información para realizar dicha investigación, o;
- el destinatario es una compañía de seguros médicos que procura obtener información (con la excepción de informes de psicoterapia) relacionada con mi idoneidad o la suscripción futura en un seguro médico; o
- el único objetivo del tratamiento es recopilar datos sanitarios para proporcionarlos al destinatario anteriormente indicado.

Entiendo que:

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, siempre y cuando lo haga por escrito y la envíe a la siguiente dirección:

Dakota Pediatrics

3636 N First Street, suite 120, Fresno CA 93726

Teléfono: (559) 224-4365 Fax: (559) 224-4354

- Habrá excepciones cuando la revocación de esta autorización no se pueda conceder.
- Existe la posibilidad de que la información divulgada conforme a esta autorización esté sujeta a ser divulgada de nuevo por el destinatario y ya no será posible protegerla.
- Cualquier solicitud de revocación por escrito recibida por Dakota Pediatrics no competirá a la información que ya se haya divulgado siguiente a esta autorización y no afectará cualquier acción tomada por Dakota Pediatrics anterior a tal revocación.

Esta autorización caducará en la fecha: _____

_____ mañana o tarde
Firma del padre, madre o tutor legal Fecha Hora

Parentesco con el paciente: _____

_____ mañana o tarde
Miembro del personal que Fecha Hora
actúa como testigo