



- Naheed Rahman, MD • Mario Garza, Jr., MD • Paul S. Herman, MD • Veronica Goytia, MD •
- Farah Mamedov, MD • Margaret McPherson, MD • Mark Lorenzen, MD • Tracey Y. Louie, MD •
- Huda Battikhi, MD • Y (Danny) T. Le, DO • Justin Bielamowicz, MD • Jane Stones, M.D. •
- Sandy Nguyen, APRN, FNP-C • Tami Pogue, RN, MS, C-PNP • Kathy LeBeouf, RN, MSN, CPNP •

AUTORIZACION PARA LA ENTREGA DE INFORMACION MEDICA

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Yo autorizo que Steeplechase Pediatric Center envíe la información médica de mi hijo(a) a:

Nombre del hospital/clinica/medico/etc.: _____

Dirección/Ciudad/Estado/Código Postal): _____

Número de Teléfono o Fax: _____

Para el propósito de:

- ____ prueba de vacunas
- ____ transferencia de cuidado (cargo de \$27)
- ____ revisión de seguro
- ____ asuntos legales (el abogado tendrá que hacer la solicitud)

Otro: _____

La información que será enviada es de la siguiente fecha(s): _____

E incluye:

- ____ Archivo médico completo, incluyendo enfermedades y/o tratamientos
- ____ Archivo médico limitado, solo información con el siguiente contenido: _____

También yo SI AUTORIZO / NO AUTORIZO (circule una opción y ponga iniciales aquí: _____) que la siguiente información sea enviada: información relacionada a estudios o tratamientos psicológicos/psiquiátricos, biorretroalimentación, diagnósticos/tratamientos de abuso de alcohol y/o drogas, exámenes de VIH (SIDA)

Yo, el padre/tutor legal, acepto que una fotocopia o facsímil (fax) de esta autorización puede ser considerada válida; esta autorización será válida por 120 días después de la fecha de firma y que esta autorización puede revertirse por escrito en cualquier momento antes de la fecha de expiración.

Entiendo que cuando la información se usa o divulga de acuerdo con esta autorización, puede estar expuesta a que el destinatario la vuelva a divulgar y ya no esté protegida. Por este medio, libero a Steeplechase Pediatric Center de todas las responsabilidades y daños resultantes de este envío legal de mi información médica protegida.

Nombre: _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____

Relación al paciente (circule una): paciente madre padre tutor legal