Pediatric Cardiology Associates
an affiliate of MEDNAX

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA PARA LA FAMILIA Y AMIGOS

Autorizo a la práctica para discutir las fechas de citas, horarios, ubicación, antecedentes clínicos, diagnóstico, tratamiento, pronóstico, financieros, de seguros e información de facturación con los que se enumeran a continuación. Entiendo que mi proveedor de atención médica o con mi niño usará su / su juicio en compartir esta información con el fin de fomentar la continuidad de la atención. La liberación de las copias de los registros médicos requerirá una autorización firmada HIPAA. Este permiso será considerado en curso hasta que indique lo contrario por escrito.

PHI puede ser divulgada a las siguientes personas :

1. Madre _____ Fecha de nacimiento _____
2. Padre _____ Fecha de nacimiento _____
3. _____
4. _____

___ **Sí** ___ **No** El personal de oficina puede tener mi permiso para compartir mi información de salud personal o de mi hijo con sus familiares u otras personas que están en la habitación conmigo / nosotros durante la cita.

El personal de oficina puede tener mi permiso para dejar mensajes sobre el tratamiento (es decir, los resultados de laboratorio) de mi : (marque todas las que correspondan)

___ ⁞ Teléfono de la casa o contestador automático — Teléfono de la casa : _____

___ ⁞ Teléfono celular — Teléfono celular : _____

___ ⁞ Trabajo número de teléfono o contestador automático — Trabajo: _____

O

___ ⁞ NO INFORMACIÓN : No autorizo la divulgación de cualquier información verbal (que no sean recordatorios de citas en el número (s) que he proporcionado) .

_____ Nombre del Paciente

_____ * Nombre del representante autorizado

_____ Paciente / Representante Autorizado Firma

_____ Fecha

Del Representante Autorizado autoridad * para actuar en nombre del paciente:

o Padre / tutor legal o Poder

* Evidencia de autoridad debe ser proporcionada y archivada en la práctica.