



PEDIATRIX MEDICAL GROUP Y AFILIADOS AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Yo, quien subscribe, por este medio autorizo a, Pediatrix Medical Group y sus afiliados, directamente, o a través de sus afiliados, a proveer copia y/o revelar información del expediente médico, específicamente el descrito a continuación, referente a _____(nombre del paciente) a:

- El paciente o su representante autorizado; o
- El siguiente proveedor de cuidado de la salud, otra(s) persona(s) o clase de persona(s):
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____

(Descripción detallada y minusciosa de la información médica solicitada)

- Toda información médica excepto (por favor describa, o escriba "TODO"):

- Solamente cierto tipo de información (ej: resultados de pruebas diagnósticas, reportes de exámenes, historial médico, reportes de admisión o alta, notas del médico, notas de enfermería, planes de tratamientos, etc.):

Para las siguiente(s) fecha(s) de servicio(s): _____

Conforme a las Reglas de Privacidad HIPAA, el paciente o su representante autorizado acepta que:

1. Tiene derecho a revocar por escrito esta autorización hasta el punto que la entidad cubierta no cuente con el consentimiento del paciente para usar o revelar información de salud protegida. Esta autorización quedará en vigor hasta que sea revocada o hasta _____(fecha), lo primero que ocurra.
2. Entiende que la información de salud usada y/o revelada bajo esta autorización puede estar sujeta a re-divulgarse por quien la reciba y podría no estar protegida por las Reglas de Privacidad HIPAA.
3. Puede haber cargos por los costos de copias, servicio de correo u otros materiales asociados con esta solicitud.

Nombre de Paciente

Nombre del Representante Autorizado

Firma de Paciente o Representante

Fecha de la Firma

*Indique parentesco del representante autorizado a acutar en nombre del paciente:

- Padre/Madre/Tutor Legal
- Poder Legal Total
- Poder Legal Parcial
- Otro (describa por favor) _____

*Proveer evidencia del parentesco

