

## Autorización para Revelar Información Médica

**Autorizo que se mande la información médica protegida sobre la persona mencionada arriba:**

### Información del Paciente

Nombre \_\_\_\_\_ Persona / Institución \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_  
 Entregar al paciente nombrado arriba.      Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### Información a revelar:

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="radio"/> Historial de vacunación   | <input type="radio"/> Exámen físico escolar | <input type="radio"/> Reportes de laboratorio | <input type="radio"/> Informes financieros |
| <input type="radio"/> Historial médico completo | <input type="radio"/> Historial prenatal    | <input type="radio"/> Reportes de radiología  | <input type="radio"/> Otros _____          |

Yo entiendo que está específicamente prohibo revelar la siguiente información médica confidencial. Entiendo que cada opción que no marque, será información médica que se revelará al recipiente nombrado y puede incluir el diagnóstico, la evaluación, y/o el tratamiento para lo siguiente:

- |                                |   |                                    |
|--------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="radio"/> VIH/SIDA | <input type="radio"/> Abuso de drogas o alcohol | <input type="radio"/> Salud mental |
|--------------------------------|---|------------------------------------|

### Fechas de servicio solicitadas

- Más reciente       De \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_       Todas

### Razón para la solicitud

- Solicitud del paciente       Cuidado continuo / Otro proveedor médico       Otro (specifique) \_\_\_\_\_

### Método de entrega

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Disco Compacto por correo     | <input type="radio"/> Electronico por mensaje seguro (e-mail) | <input type="radio"/> Papel por correo |
| <input type="radio"/> Disco Compacto (para recoger) | <input type="radio"/> Papel (para recoger)                    | <input type="radio"/> Por fax          |

**Los cargos son determinados en nuestra Lista de Tarifas, y solicitudes que lleven cargos deben ser pagados por adelantado en forma de cheque o giro postal. Nuestro personal le comunicará la tarifa exacta.**

Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, siempre y cuando lo haga por escrito y presentándolo al Agente de Privacidad de Lawndale, a menos que ya se haya revelado la información. Tengo derecho de revisar una copia de la información que se va a revelar. Entiendo que esta autorización es voluntaria y puedo negar firmar esta autorización. La persona/institución que se menciona arriba no puede negarme tratamiento, revelada o no la información. Entiendo que cuando autorizo la revelación de información, dicha información puede ser no protegida bajo las leyes federales de privacidad. Esta autorización se hará efectiva inmediatamente y permanecerá válida hasta 90 días después de la fecha de la firma mía, a menos que lo especifique la fecha, el acontecimiento, o condición a continuación:

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de padre o representante legal  
(Se requiere si el paciente no puede firmar la autorización, bajo la ley)

\_\_\_\_\_  
Relación al paciente

\_\_\_\_\_  
Firma de testigo

\_\_\_\_\_  
Relación al paciente

**SOLO PARA EL USO DEL PERSONAL DE LCHC**

Chart number \_\_\_\_\_  Identity Verified (by ID or signature)      Receipt number \_\_\_\_\_

no charge (shot records or records sent to medical provider)

\$5 (school physical form only)      Fee notification by (staff name) \_\_\_\_\_ on (date) \_\_\_\_\_

Pages \_\_\_\_\_ Fee \_\_\_\_\_ PHI released by (staff name) \_\_\_\_\_ on (date) \_\_\_\_\_