

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA USAR O DIVULGAR
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

**AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA USAR O DIVULGAR
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Yo, _____, entiendo

(Nombre del proveedor anterior o práctica) _____

(Dirección la calle del proveedor anterior) _____

(Ciudad, Estado, Zona Postal del proveedor anterior) _____

Es autorizado por mi a utilizar o divulgar la información de salud protegida de mi niño para un propósito con excepción de tratamiento, pago, u operaciones de cuidado medico. He leído esta autorización y entiendo que información será utilizada o divulgada, quien puede usar y divulgar esta información y recipiente(s) de esa información. Yo específicamente autorizo a cualquier empleado actual o dueño de _____ a divulgar la información de salud protegida de mi niño según lo descrito en esta forma a los recipients enumerados abajo. Entiendo que cuando la información sea utilizada o divulgada conforme a esta autorización, puede estar conforme a re-acceso por el recipiente y puede que no sea más información de salud protegida.

El expediente medico complete del paciente. *(The patient's entire medical record)*

Envie los expedients a: *(Send records to)*

Catawba Pediatric Associates, P.A.
240 18th Street Circle, S.E.
Hickory, N.C. 28602

Catawba Pediatric Associates, P.A.
108 Doctor's Park
Lincolnton, N.C. 28092

Entiendo y acepto completamente los términos de esta autorización.

(I fully understand and accept the terms of this authorization.)

Firma de Padres

Parent's Signature

Fecha

Date

Nombre complete del paciente

Patient's Full Name

Fecha de nacimiento

Date of Birth