

BEST KIDS CARE
Masoud Almasi MD
4200 S. Lake Forest Dr. #100
McKinney, Tx. 75070
PHONE: 214-592-0356 FAX: 214504-9385

Autorización Para Divulgar Registros Médicos

Entiendo que los expedientes médicos de mi hijo son confidenciales y no pueden ser revelados sin mi autorización por escrito, al menos que sea proporcionado por la ley.

Autorizo voluntariamente a la divulgación de la siguiente información de la historia clínica de:

Nombre(s) de Paciente(s) _____ Fecha(s) de nacimiento _____

La información que se especifica a continuación puede ser liberada para/de:

Nombre del médico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

La información específica que se publicará: (Por favor marque todo lo que usted está pidiendo ser liberado)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Registro Medico Completo de esta Oficina | <input type="checkbox"/> Sólo los Registros de Vacunación |
| <input type="checkbox"/> Sólo la Carta de Crecimiento | <input type="checkbox"/> Pruebas y Resultados de Diagnóstico |
| <input type="checkbox"/> Otros (Por favor haga una lista) _____ | |

[] QUIERO [] NO QUIERO (por favor marque uno) que usted incluya información relacionada con el diagnóstico y / o tratamiento de las pruebas de VIH, SIDA, enfermedades psiquiátricas, y el alcohol y / o abuso de sustancias químicas y la dependencia si los hubiere.

Por favor, háganos saber la razón por la que usted está solicitando los registros

- Cambio de Seguro Medico Cambio de Domicilio
 Otro

Por favor, de razón de otro: _____

Cargo de Copias de Registro Medico:

Entiendo que hay un cargo por divulgación de registro de \$ 25.00 por las primeras 20 páginas, y \$ 0.15 por la página a partir de entonces. No habrá cargo cuando se envía por fax la información solicitada.

- Entiendo que los honorarios para las copias se deben pagar antes que las copias sean liberadas.
- Entiendo que una fotocopia o facsímil de esta autorización es tan válida como el original.

Esta autorización es válida por un año desde la fecha de la firma.

Nombre de Padre o Guardián (Imprimido) _____

Número de Teléfono _____

Firma del Nombre del Padre o Guardián _____

Fecha _____

Gracias de antemano por enviarnos esta información lo antes posible

La información personal de salud que pueda estar contenida en este FAX es altamente confidencial. Está destinado para el uso exclusivo del destinatario. Es para ser utilizado sólo para ayudar en la prestación de los servicios de salud específicos a esta persona. Cualquier otro uso es una violación de la ley federal. Gracias a usted por el tratamiento de esta información de manera confidencial.