



Daniel J. Levy, M.D., F
Adriane Hanelt, CPNP
Carrie Collins, CPNP

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR REGISTROS MÉDICOS

Yo _____ autorizo voluntariamente la divulgación del registro de salud para el paciente a:

**Centro de Bienestar para Niños y Adolescentes
300 Redland Court, Suite 105
Owings Mills, MD 21117
Teléfono: 410-363-1843
Fax: 410-363-3027**

Nombre del paciente: _____ FDN: _____
Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____
Teléfono: _____

INFORMACION QUE SE DIVULGA:

- Registro médico completo o registro de vacunas
 Gráfico de crecimiento
 El último examen físico
- Autorizo específicamente la divulgación de información relacionada con:
 Abuso
 Salud mental
 VIH/SIDA

Finalidad de la divulgación:

Entiendo que esta autorización expirará 1 año después de haber firmado el formulario. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a la organización que proporciona por escrito, y será efectiva en la fecha notificada, excepto en la medida en que ya se haya tomado medidas en función de ella. Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a la redistribución por parte del destinatario y ya no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Firma del Padre o Tutor/Fecha de Firma

SÓLO PARA USO EN OFICINA

Proveedor: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
