Release of Information

Children's of Alabama

Over the Mountain Pediatrics
3300 Cahaba Road
Suite 102
Birmingham, AL 35233
Phone: (205) 870-7292
Fax: (205) 638-9996

Children's of Alabama - Autorización para la divulgación de información

Nombre de la paciente (Primera, Inicial segundo nombre, Apellido): _____

Direción/Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: (_____) _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Esta autorización aplica a la siguiente información:

- ☐ ***Toda la información.*** Entiendo que la información puede contener información psiquiátrica/psicológica, abuso de alcohol/drogas y/o SIDA/VIH y doy mi consentimiento expreso para la divulgación de la información.
- ☐ ***Solamente*** los siguientes archivos o tipos de información: _____

Fechas de tratamiento: desde (mes/día/año) ____/_____/____ **hasta** ((mes/día/año) ____/____/_____

He leído su póliza y acepto pagar los servicios que se describen a continuación y que no están cubiertos por mi contrato, como lo indica mi firma para cada fecha a continuación.

Doy mi consentimiento para que los registros médicos de mi hijo vayan:	**Doy mi consentimiento para que se soliciten los registros médicos de mi hijo a:**
De: **Nombre de Origen:** _____ **Dirección:** _____ **Ciudad/Estado/Ciudad/Código postal:** _____ **Teléfono:** _____ **Fax:** _____	**A:** **Nombre de la práctica:** Over the Mountain Pediatrics **Dirección:** 3300 Cahaba Rd, Suite 102 **Ciudad/Estado/Código postal:** Birmingham, AL 35233 **Teléfono:** 205-870-7292
Propósito de esta divulgación: ☐ Continuidad de tratamiento ☐ Otro (Por favor especifique) _____	
Fecha prevista de transferencia: _____	

Entiendo que la información divulgada se limitará a la información necesaria para satisfacer la necesidad o el propósito de la divulgación. Si he autorizado la divulgación de información a un destinatario que no está sujeto a la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), entonces el destinatario puede volver a divulgarla y es posible que ya no esté protegida por HIPAA, una ley federal de privacidad. Esta Autorización es válida por noventa (90) días a partir de la fecha de la firma, a menos que se indique lo contrario. Esta Autorización solo se aplica al tratamiento que se realice antes de la fecha de la firma. Puedo negarme a firmar esta Autorización. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento completando un formulario disponible en Over the Mountain Pediatrics. Si revoco esta autorización, la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la atención médica del paciente y el pago por la atención médica del paciente no se verán afectados si no firmo este formulario. Entiendo que puedo ver y copiar la información descrita en este formulario si lo solicito, y puedo recibir una copia de este formulario después de firmarlo. Antes de solicitar copias de registros médicos, pregunte sobre la tarifa de copia por ley que pueda aplicarse. Declaro que tengo la autoridad y concedo voluntariamente permiso para que la información se divulgue como se describe anteriormente.

_____ _____
Nombre del Paciente/Padre/Tutor Legal Firma del Nombre del Paciente/Padre/Tutor Legal Fecha

_____ _____
Firma del paciente si es adulto (19 años o más) Fecha Firma del testigo Fecha