



Children's  
of Alabama

**Mayfair Medical Group**  
3401 Independence Drive  
Birmingham, AL 35209  
Phone: (205) 870-1273  
Fax: (205) 638-5575

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

**Nombre de la paciente (Primera, Inicial segundo nombre, Apellido):** \_\_\_\_\_

**Dirección/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.

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Doy mi consentimiento para que los registros médicos de mi hijo vayan:</b><br/> <b>A:</b><br/> <b>Nombre de la práctica:</b> <u>Mayfair Medical Group</u><br/> <b>Dirección:</b> <u>3401 Independence Drive</u><br/> <b>Ciudad/Estado/Código postal:</b> <u>Birmingham, AL 35242</u><br/> <b>Teléfono:</b> <u>205-870-1273</u></p> | <p><b>Doy mi consentimiento para que los registros médicos de mi hijo vayan:</b><br/> <b>De:</b><br/> <b>Nombre de Origen:</b> _____<br/> <b>Dirección:</b> _____<br/> <b>Ciudad/Estado/Ciudad/Código postal:</b> _____<br/> <b>Teléfono:</b> _____</p> |
| <p>Propósito de esta divulgación: <input type="checkbox"/> Continuidad de tratamiento<br/> <input type="checkbox"/> Otro (Por favor especifique) _____</p>   |   |

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 Mayfair Medical Group. 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