

Michelle T. Curry Pediatría

LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS A LOS PADRES O TUTORES

Yo, _____, solicito la divulgación de todos y cada uno de los registros médicos relacionados con el tratamiento del siguiente paciente en mi posesión:

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Visto por última vez

Registros solicitados de:

M. T. Curry Pediatrics
733 Volvo Parkway, Suite 200
Chesapeake, VA 23300

M. T. Curry Pediatrics
762 Independence Boulevard, 798
Virginia Beach, VA 23455

FINALIDAD DE LA DIVULGACIÓN: A petición del individuo/tutor legal:

Proporcione una **DIRECCION DE REENVÍO:**

Entiendo que cualquier divulgación de información de salud conlleva la posibilidad de una re-divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las reglas federales de privacidad. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta Autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado medidas en respuesta a esta autorización, mediante la notificación por escrito de revocación a la práctica en la dirección indicada anteriormente. También entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la w proporcione a mi aseguradora el derecho de impugnar una reclamación bajo mi póliza. *(La revocación escrita debe ser legible e incluir el nombre y la fecha de nacimiento de la persona, la fecha en que la revocación entrará en vigor, una descripción de la información sanitaria cubierta por la revocación, la persona/entidad que ya no está autorizada para recibir la información, la firma de la persona con autoridad legal para la autorización/revocación, y si no la persona, una descripción de su autoridad legal para la autorización/revocación, y su número de teléfono.)*

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago o mi elegibilidad para beneficios.

A menos que se revoque lo contrario por escrito, esta autorización expirará UN año a partir de la fecha de firma a continuación o en la siguiente fecha, evento o condición:

Entiendo que hay un cargo por obtener los registros de mi hijo de \$0.50/página para las primeras 50 páginas y \$0.25/página para todas las páginas adicionales.

Certifico que soy el paciente o tutor legal con la autoridad para autorizar la divulgación de la información médica protegida de este individuo.

Firma de la paciente/padre/tutor legal

Fecha