



AUTORIZACION PARA PEDIR REGISTROS MEDICOS

Nombre del Paciente _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Yo, autorizo a:

_____ NOMBRE Y DIRECCION DEL DOCTOR U HOSPITAL

_____ TELEFONO FAX

Para entregar información a:

Children's Cardiovascular Medicine P.C.
61 Witcher Street, Suite 4140 Marietta GA 30060
Telefono: 404-943-0289 Fax: 404-943-9787

Yo autorizo a **Children's Cardiovascular Medicine P.C.** para revelar información que figura en mi expediente medico a:

_____ NOMBRE DEL DOCTOR /NOMBRE DE LA CLINICA

_____ DIRECCION

_____ TELEFONO FAX

Entiendo que la información médica puede incluir, si procede:

Abuso de alcohol y drogas, tratamiento de salud mental información protegida en virtud de la regulación en el Título 42 del Código de Regulaciones Federales Parte II. Información sobre el virus de inmunodeficiencia humana VIH, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida - SIDA, y el complejo relacionado con el SIDA - ARC, tal como se define por el Departamento de Salud Pública de las normas (1989 Ley Pública 174).

Marque la información específica que debe revelarse: (por favor incluya las fechas del tratamiento)

Reportes de laboratorio Rayos x Reportes de los monitores
Resumen de la visita médica Prueba de esfuerzo. Registros Médicos
Electrocardiograma Todos los record de los últimos dos años

Yo entiendo que puedo anular esta autorización en cualquier momento y que permanecerá en vigor por un período de 12 meses a partir de la fecha firmada. Esta autorización se refiere al cumplimiento de la finalidad declarada(s). He leído lo anterior, y reconozco que estoy familiarizado con los términos y condiciones de esta autorización.

_____ Paciente, o padre o tutor Fecha de la firma

_____ Testigo Fecha