



AUTORIZACION PARA PEDIR REGISTROS MEDICOS

Nombre del Paciente _____ Fecha _____

Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

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:

- Expediente Médico completo.
- Consultas
- Laboratorios
- Examen de diagnóstico- Rayos X
- Otro: _____

Yo entiendo que puedo anular esta autorización en cualquier momento.

ESTA AUTORIZACIÓN TIENE VALIDEZ DE UN AÑO A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE FIRMA ESTE DOCUMENTO.

Esta autorización se refiere al cumplimiento de la finalidad declarada(s). He leído lo anterior, Reconozco que estoy familiarizado con los términos y condiciones de esta autorización.

Paciente, o padre o tutor

Fecha de la firma

Testigo

Fecha