

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Oficina Principal: (escoja una)  Peabody  Salem  Lynn  Melrose  Reading

Dirección de la casa: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono casa: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Persona que llena este formulario: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

**Por este medio autorizo a que Pediatric Health Care Associates OBTENGA la siguiente información sobre la salud del paciente:**

- Expediente Médico Completo  Citas debidas a enfermedad(es)  
 Exámenes Físicos  Vacunas  
 Pruebas de Laboratorio / Reportes de Rayos X  
 Otros (Por favor especifique): \_\_\_\_\_

**Por favor obtenga la información anterior DE:** \_\_\_\_\_

**Por favor envíe la información anterior A:** **Pediatric Health Care Associates**  
**10 Centennial Drive**  
**Peabody, MA 01960**  
**Atención: Expedientes**

**Motivo por el cual se requiere la información:**

- Cuidado médico en curso  Uso personal  
 Asuntos Legales  Otro (por favor especifique a continuación)

**Comentarios:** \_\_\_\_\_

**LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEBE ESTAR FIRMADA ANTES DE PODERSE PROCESAR**

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

*El padre o tutor legal NO PUEDE firmar si el paciente es mayor de 18 años.*

**LOS FORMULARIOS DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEBEN REGRESARSE POR CORREO, FAX O PERSONALMENTE  
A CUALQUIERA DE NUESTRAS OFICINAS**