



Sunrise Pediatrics

SunrisePediatricsLasVegas.com

Maryland Office: (702) 254-KIDS (5437)

Rainbow Office: (702) 361-KIDS (5437)

Smoke Ranch Office: (702) 820-KIDS (5437)

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

*(TENGA EN CUENTA: LA TARIFA DE COPIA PUEDE SER COBRADA PARA REGISTROS
MÉDICOS)*

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Solicito y autorizo: ***SUNRISE PEDIATRICS*** a divulgar la información de salud protegida del paciente mencionado anteriormente a:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Esta autorización para la divulgación de información médica cubre el período de atención médica de:

- _____ a _____
- Toda la información de salud
- Otro: _____



Sunrise Pediatrics

Maryland Office: (702) 254-KIDS (5437)

Rainbow Office: (702) 361-KIDS (5437)

Smoke Ranch Office: (702) 820-KIDS (5437)

SunrisePediatricsLasVegas.com

RESTRICCIÓN: Solo los registros médicos originados a través de este centro de atención médica serán copiados a menos que se solicite lo contrario. Esta autorización es válida solo para la publicación de información fechada antes e incluyendo la fecha en esta autorización a menos que otras fechas sean especificadas.

Entiendo que la información en mi registro de salud puede incluir información relacionada con el sexo enfermedad transmitida, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o humano virus de inmunodeficiencia (VIH). También puede incluir información sobre comportamiento o mental servicios de salud y tratamiento por abuso de alcohol y drogas.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debe hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito a la salud departamento de gestión de la información. Entiendo que la revocación no se aplicará a información que ya se ha publicado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley provea a mi asegurador con el derecho a impugnar un reclamo según mi política. **A menos que se revoque de otra manera, esta autorización caducará en la siguiente fecha, evento o condición:**

_____. **Si no puedo especificar una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización caducará 1 año desde fecha de firma.**

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntaria. Puedo negarme a firmar este formulario de autorización. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento. Yo entiendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información para ser utilizada o divulgada, como provisto en CFR 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la potencial para una nueva divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por reglas federales de confidencialidad. Si tengo alguna pregunta sobre la divulgación de mi información de salud, puedo contactar a la persona autorizada u organización que realiza la divulgación.

He leído la autorización anterior para la divulgación de información y hago aquí reconozco que estoy familiarizado y entiendo completamente los términos y condiciones de esta autorización.

Firma del paciente o padre / tutor (si el paciente es menor de edad)

Fecha

Nombre impreso del paciente o padre / tutor (si el paciente es menor de edad)

Relación

Maryland Parkway Office: 3061 S. Maryland Parkway #101, Las Vegas, NV 89109
South Rainbow Office: 7875 S. Rainbow Blvd. #102 Las Vegas, NV 89139
Smoke Ranch Office: 7200 Smoke Ranch Rd. Ste 150, Las Vegas, NV 89128