FORMULARIO DE PERMISO PARA HABLAR / DIVULGAR INFORMACIÓN

El propósito de esta autorización es satisfacer la solicitud del paciente de divulgación y usos de información. Este formulario de autorización permite a Coastal Pediatric Associates (CPA) usar o divulgar la información de salud protegida que se enumera a continuación a las personas u organizaciones enumeradas para el siguiente paciente:

Nombre del paciente _____ *fecha de nacimiento*_____

Proporcione a la recepción una copia de cualquier documentación legal que describa la tutela o la responsabilidad financiera si no es el padre biológico. Tenga en cuenta que ambos padres biológicos tienen derecho legal a recibir información médica sobre un menor a menos que el Sistema Judicial dictamine lo contrario y la documentación se presente a CPA. Una vez que el menor cumpla 18 años de edad, se le pedirá que complete todos los documentos del paciente, a menos que el Sistema Judicial indique lo contrario con la documentación adecuada presentada a CPA.

Enumere dos números de teléfono con correo de voz donde CPA puede dejar un mensaje o comunicarse con usted mediante llamadas telefónicas de voz automatizadas, pregrabadas y / o artificiales que iniciamos. Estas llamadas pueden referirse a citas, cierres de oficinas, detalles financieros / de seguros e información clínica relacionada con el paciente. La introducción de cualquier número de contacto telefónico constituye un consentimiento por escrito para recibir las comunicaciones anteriores iniciadas por la práctica. Para alterar o revocar este consentimiento, comuníquese directamente con la oficina.

Usted entiende que si me niego a recibir las formas anteriores de comunicaciones de la práctica a través de los métodos indicados o si mi correo de voz está lleno o no configurado, la práctica recurrirá al correo postal de LOS ESTADOS UNIDOS a la dirección registrada y no puede garantizar la recepción oportuna.

NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL:	NÚMERO DE TELÉFONO SECUNDARIO:
Puede ponerse en contacto conmigo y/o dejar un mensaje en este número con respecto a lo siguiente: Citas Detalles financieros, de seguros: Información clínica: Puede enviar mensajes SMS/TEXTO a este número si se trata de un número de móvil	Puede ponerse en contacto conmigo y/o dejar un mensaje en este número con respecto a lo siguiente: Citas: Detalles financieros, de seguros: Información clínica: Puede enviar mensajes SMS/TEXTO a este número si se trata de un número de móvil

Con mi permiso, por la presente autorizo a las siguientes personas: a dar su consentimiento a toda la atención médica y atención para este niño en la que un proveedor de atención médica de CPA considere necesario y apropiado. Este consentimiento incluye, pero no se limita a, servicios de emergencia, pruebas de laboratorio, procedimientos e inmunizaciones. A las personas incluidas en la lista se les da la autoridad para discutir y cambiar citas, detalles financieros o de seguro e información clínica, incluidos los resultados de laboratorio.

Nombre u Organización:	Relación con el Paciente:	Teléfono de Contacto:

Al verificar la identidad de la persona que llama arriba, le doy a Coastal Pediatric Associates la autoridad para enviar registros de vacunación por fax o correo electrónico a guarderías, escuelas u otras instalaciones de atención médica específicas una vez que se solicite verbalmente. La información de verificación incluirá, entre otros, la dirección del paciente, los números de teléfono, el seguro y la información de la cita.

Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización y que el tratamiento no estará condicionado a la firma. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a la práctica. Entiendo que una revocación no es efectiva en los casos en que la información ya ha sido utilizada o divulgada, pero será efectiva en el futuro. Entiendo que la información utilizada o divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no puede estar protegida por la ley federal o estatal.

Firma del paciente, padre, tutor legal (incluye documentación judicial) o representante personal (según lo definido por HIPAA):

Firma	**Firma Impresa**	**Fecha**

Descripción de la Autoridad del Representante Personal (adjuntar documentación, si es necesario):

****

Solo uso de Office(OFFICE USE ONLY): Empleado receptor(Receiving Employee) _____Fecha_____

☐ **Copia entregada al paciente actualizada (Copy Provided to Patient)**