



8002 Discovery Drive, Suite 110
Henrico, Virginia 23229
Ph. 804-358-2361
Fax 804-359-0949

Forma de liberación de HIPAA

Por favor complete todas las secciones de este formulario de liberación de HIPAA.

Si alguna sección se deja sin completar, este formulario será inválido y no será posible que su información de salud se comparta según lo solicitado.

Sección I

Yo, _____, doy mi permiso para
__ **PEDIATRIC AND ADOLESCENT MEDICINE, PLLC.** __ para compartir la información listada en
Sección II de este documento con la(s) persona(s) u organización(es) que he especificado en la Sección IV de este documento.

Sección II – Información de salud

Me gustaría dar permiso a la organización de salud anterior para:

Marcar como apropiado:

Revelar mi historial médico completo, que incluye, pero no se limitan a, diagnósticos, resultados de pruebas de laboratorio, tratamiento y registros de facturación para todas las condiciones.

O

Revelar mi historial médico completo, excepto la siguiente información

Registros de salud mental

Enfermedades transmisibles que incluyen, pero no se limitan a, VIH y SIDA

Registros de tratamiento de abuso de alcohol / drogas

Información genética

Otra (especificar)

Forma de Divulgación:

Copia electrónica o acceso a través del portal de salud.

Copia en escrito

Sección III – Razón de la divulgación

Por favor detalle las razones por las cuales la información es compartida. Si está iniciando la solicitud de información y no desea enumerar las razones para compartirla, escriba "a mi solicitud".

Sección IV –Quién puede recibir mi información de salud

Doy autorización para que la información de salud detallada en la sección II de este documento sea compartido con la(s) siguiente(s) persona(s) u organización(es)

Nombre: _____

Organización: _____

Dirección: _____

Organizaciones enumeradas anteriormente pueden no estar cubiertas por las reglas del estado o federales que rigen la privacidad y la seguridad de los datos y se puede permitir que comparte la información que se les a proporcionado.

Sección V – Duración de la autorización

Esta autorización para compartir mi información de salud es válida:

Marcar como apropiado

a) De _____ Hasta _____

b) Todos pasado, presente y futuro.

c) La fecha de la firma en la sección VI hasta la siguiente fecha:

Entiendo que puedo revocar esta autorización para compartir mis datos de salud en cualquier momento y puede hacerlo enviando una solicitud por escrito a:

Nombre: _____

Organización: _____

Dirección: _____

Entiendo que:

En el caso de que mi información ya haya sido compartida cuando sea revocada la autorización, puede ser demasiado tarde para cancelar el permiso para compartir mis datos de salud.

Entiendo que no necesito dar ningún permiso adicional para la información detallado en la Sección II para ser compartido con la(s) persona(s) u organización(es) enumerada(s) en la Sección IV.

Entiendo que la falta de firma de esta autorización o la cancelación de esta autorización no me impedirá recibir ningún tratamiento o beneficio que soy con derecho a recibir, siempre que esta información no sea necesaria para determinar si soy elegible para recibir esos tratamientos o beneficios o para pagar los servicios que recibo.

Sección VI – Firma

Firma: _____ Fecha: _____

Imprime tu nombre: _____

Si este formulario es completado por una persona con autoridad legal para actuar en nombre de un individuo, como un padre o tutor legal de un menor o un agente de atención médica, complete la siguiente información:

Nombre de la persona que completo este formulario: _____

Firma de la persona que completo este formulario: _____

Dr. Cecilia Andaya

Dr. Aleksandra Stjepanovic

Dr. Sobia Halim