**Palmetto Pediatrics**
218 9th St Dr W
Palmetto, FL 34221
Phone: (941) 721-3900
Fax: (941) 721-7403

Palmetto PEDIATRICS

**Manasota Pediatrics**
3425 University Pkwy # 103
Sarasota, FL 34243
Phone: (941) 355-1777
Fax: (941) 355-7788

## Autorización para divulgar registros médicos/información

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/_____

Registros de liberación para (marque uno): □ Especialista en referencias □ Transferencia de atención □ Uso personal

**De (La instalación que envía registros a Palmetto / Manasota Pediatrics)**

Nombre de clínica anterior: _____ Teléfono#: (____) ____-_____ Fax: (____) ____-_____
DIRECCIÓN: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Nombre de clínica anterior: _____ Teléfono #: (____) ____-_____ Fax: (____) ____-_____
DIRECCIÓN: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

**Para (La instalación que recibe registros de Palmetto/Manasota Pediatrics)**
Nombre de clínica anterior:_____ Teléfono #: (____) ____-_____ Fax: (____) ____-_____
DIRECCIÓN: _____ Ciudad: _____ Estado : _____ Zip: _____

Nombre de la clínica anterior:_____ Teléfono #: (____) ____-_____ Fax: (____) ____-_____
DIRECCIÓN: _____ Ciudad : _____ Estado: _____ Zip: _____

***Autorización (ponga sus iniciales en cada elemento a continuación).***

Entiendo que la información en mi expediente médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud conductual o mental y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas. _____

Entiendo que una vez que se divulgue la siguiente información, el destinatario puede volver a divulgarla y es posible que la información no esté protegida por leyes o reglamentos federales de privacidad._____

Entiendo que autorizar el uso o divulgación de esta información es voluntario. No necesito firmar este formulario para garantizar el tratamiento de atención médica._____

Esta autorización vencerá el (insertar fecha o evento): (insertar fecha de vencimiento) ____/____/_____.
Si no especifico una fecha o evento de vencimiento, esta autorización vencerá a los doce (12) meses a partir de la fecha en que se firmó.

_____ _____ ____/____/_____
Nombre (imprimir) Firma Fecha

Relación con el/la paciente: □ Ser □ Madre/Padre □ Guardián legal □ Otro/Ostra (por favor especifique):_____

_____ _____
Nombre del testigo (imprimir) Firma de testigo