



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

(AUTHORIZATION TO RELEASE HEALTH INFORMATION)

Subsidiary/Department: Christiana Care Pediatric Associates
Address: 4735 Ogletown-Stanton Road
Medical Arts Pavillion 2, Suite 1116
Telephone: () Newark, DE 19713

Instruction:
To be completed when health information is being released from Christiana Care. Side 2 of 2

POR FAVOR COMPLETE TODOS LOS CAMPOS DE ESTE FORMULARIO

Nombre del paciente/miembro (en letra de molde): _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Autorizo a Christiana Care a divulgar y/o a dar copias sobre mi información médica a:

(Nombre y organización)

(Dirección)

(Ciudad, Estado y Código postal)

A la atención de: _____ Número de teléfono: _____

Estos expedientes son necesarios por la razón siguiente: Atención médica Consulta legal Revisión de seguro
 Otra (especifique): _____
Se divulgará la siguiente información: Registros médicos Radiografías/Imágenes Registros financieros
 Otra (especifique): _____

Con respecto a lo siguiente:

Fecha(s) de Visita	Ubicación, Departamento, Tipo de Servicio, Tipo de Registro, etc.
/ /	
/ /	
/ /	

Por favor escriba otra información específica necesaria: _____

Específicamente autorizo la divulgación de lo siguiente: Información genética (describa arriba) Tratamiento por abuso de sustancias
 Tratamiento para VIH (no incluye los resultados de prueba del VIH)
 Tratamiento Psicológico y Psiquiátrico (las notas de psicoterapia requieren consentimiento adicional)

Caducidad de esta autorización.
Esta autorización caduca a los 180 días O en la siguiente fecha o circunstancia: _____
(especifique la fecha o circunstancia)

Anulación de esta autorización. Esta autorización se puede anular en cualquier momento pero tal revocación no será retroactiva para solicitudes completadas de buena fe. Para cancelar esta autorización, envíe una solicitud por escrito al departamento que divulgará su información.

Entiendo que se le cobrarán al destinatario las copias y el franqueo, y el destinatario podría pedirme que reembolse dichos cargos.

Firma del paciente o apoderado Relación con el paciente, si es el apoderado ()
(Signature of Patient or Legal Representative) (Relationship to Patient, if Legal Representative) No. de Teléfono
(Telephone No.)

Fecha (Date) Hora (Time)

Christiana Care no condicionará el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para obtener beneficios al término de otorgamiento de esta autorización. La información, una vez comunicada, puede dejar de estar protegida por las Reglas Federales de Privacidad y puede que sea comunicada nuevamente por el destinatario. Sin embargo, la información contemplada en la Reglamentación Federal 42 CFR Parte 2 no puede volver a comunicarse, a no ser que sea expresamente permitido por la autorización o las reglamentaciones.

Interpretation: The information has been presented to the: patient representative decision maker in (language): _____
The person who provided the interpretation is a qualified medical interpreter.

Interpreter Name _____ Agency and ID# (if applicable) _____
Witness Signature _____ Print Name _____ Date ____ / ____ / ____ Time _____