



Autorización de Divulgación de Información para el Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo doy consentimiento de revelar la información específica listada debajo, el cual tiene que ver con el paciente arriba mencionado de Pediatric Otolaryngology Head & Neck Surgery Associates, P. A.

Estoy autorizando: Pediatric Otolaryngology Head & Neck Surgery Associates, P. A.
PO Box 76479
St Petersburg, FL 33734
Teléfono o: (727) 329-5400
Fax: (727) 329-5401

Para enviar expedientes médicos del paciente arriba mencionado:

Fecha(s) de Tratamiento: De: _____ Hasta: _____

El Diagnóstico de: _____ Otro: _____

Por favor envíe los expedientes arriba mencionados a:

Nombre de la Facilidad/Médico o Padre/Guardian: _____

Dirección: _____

Teléfono #: _____ Fax #: _____

Por favor envíe los expedientes médicos a través de

_____ US Correo Postal

_____ Fax

_____ Los recojo en la oficina de _____

_____ A través de Correo Electrónico (ASEGURADO) _____

Correo electrónico de Padre/Guardian debe ser el igual al que tiene expediente de paciente

ADVERTENCIA: AVISO CONFIDENCIAL -La información incluida en esta transmisión son privados, propiedad confidencial del enviado y la materia es privilegiada comunicación específicamente destinada para el individuo indicado. Su usted no es el recipiente indicado usted se le esta notificado que cualquier revisión, divulgación, copia, distribución o tomando cualquier otra acción importante al contenido de esta transmisión son estrictamente prohibido. La información contenida en esta transmisión puede contener información privilegiada y confidencial, incluyendo información de la paciente protegida por leyes privadas del estado y federal. Es destinado solo para el uso personal de la persona(s) arriba mencionadas. Si usted no es el recipiente destinado, usted se le esta notificado que cualquier revisión, diseminación, distribución o duplicación de esta comunicación esta estrictamente prohibido. Si usted no es el recipiente, por favor notifique al enviado por correo electrónico y destruya toda copia del mensaje original.

Si a recibido esta transmisión en error, por favor notifiquenos inmediatamente a medicalrec@pohns.net

Firma del Representante Legal
(Esta firma es valida por un (1) año de la (fecha de la firma)

Fecha de Firma

Relación del Paciente

Número teléfono donde contactar