

Autorización para la Liberación de Información

Premiere Pediatrics
3261 24th Ave NW, Suite 101
Norman, OK 73069
Phone: 405-364-6432 / Fax: 405-364-0090
Email: medicalrecords@premiere-pediatrics.com

Nombre de paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por la presente autorizo la liberación del expediente médico y/o información médica de mi niño como lo he especificado a continuación:

Proveedor/consultorio autorizado para liberar: _____
Teléfono: _____
Fax: _____
Correo electrónico: _____

Persona listada arriba está autorizada a liberar **fotocopias** **archivos digitales** del expediente y/o información médica de mi niño. Por favor **NO** mande por fax el expediente médico conteniendo más de **25 páginas**. No mandaremos por fax expedientes médicos mayor de **25 páginas** a otra institución.

Para el siguiente individuo u organización nombrada: _____

Dirección: _____

Teléfono/Fax: _____

Correo electrónico: _____

Esta información será obtenida, utilizada, o divulgada para el propósito siguiente:

- Tratamiento continuado Uso personal Transferencia
 Otro _____

Información para ser liberada:

- Expediente completo Record de vacunación Archivos durante: ___/___/____-- ___/___/____
 Archivos sobre _____

Estoy de acuerdo a pagar \$0.50 por página para archivos en papel o \$0.30 por página para archivos liberados en formato electrónico, más el costo de gastos de envío, si son pertinentes. Archivos digitales serán cobrados un máximo de \$25.00 y archivos en papel un máximo de \$35.00. Estoy de acuerdo a pagar antes de recibir mis archivos, y entiendo que estos cargos aplican a archivos que son solicitados y no recogidos en una manera puntual. *Cualquier archivo solicitado que es permanecido sin reclamar por 2 meses, será descartado. * **Cuotas pueden ser suspendidas si se tienen que enviar los archivos a algún otro médico.**

Yo además libero al Dr. _____ de responsabilidad por cualquier efecto perjudicial la liberación de los archivos médicos de mi niño puedan tener sobre mi u otros, a la vez, ahora y en el futuro. Yo, personalmente acepto toda responsabilidad por mi propia distribución e interpretación de información médica contenida en ello y mantengo irreprochable al Consultorio de Premiere Pediatrics, PLLC, por conclusiones u opiniones extraídas de archivos mencionados sin conocimiento, asistencia, o revisión profesional.

Por Ley Estatal, debe usted ser informado(a) que: la información autorizada para liberación puede incluir archivos cuales pueden indicar la presencia de enfermedades transmisibles o venéreas cuales pueden incluir, pero no son limitadas a enfermedades tales como hepatitis, sífilis, gonorrea, y virus de la inmunodeficiencia humana también conocida como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Yo comprendo por liberación y/o recepción de estos archivos que estoy aceptando responsabilidad para la protección de mi propio derecho de confidencialidad de archivos médicos.

Padre/paciente/tutor legal (*en letra de molde*)

Firma de padre/paciente/ tutor legal

Fecha

Individuo Quien Recogió (*en letra de molde*)

Firma de Individuo Quien Recogió

Fecha Cuando se Recogió

Date Received: _____

Date Released: _____