

AUTORIZACIÓN PARA EL LANZAMIENTO DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PACIENTE
(Por favor impresión)

NOMBRE PACIENTE: (Pasado) _____ (Nombre) _____ (MI) ____
Dirección paciente: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código postal: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____

IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO LA CUAL SE ESTÁN PREGUNTANDO LOS EXPEDIENTES
(Por favor impresión)

MÉDICO: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
Organización, facilidad, o afiliación(si es diferente de arriba): _____
Dirección de médico: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código postal: _____

PEDIDO EL LANZAMIENTO
(Firma paciente requerida)

Por la evidencia de la firma abajo, el paciente arriba nombrado ha solicitado expedientes médicos como especificado debajo láncese a la Sunshine Child And Adolescent Care, para la continuidad del cuidado. El paciente expreso lanza esta información al Sunshine Child And Adolescent Care.

Estos expedientes incluyen, pero no se limitan: información paciente personal, historiales médicos, expedientes de la examinación, expedientes de las inmunizaciones, radiografías, fotografías clínicas, planes del tratamiento, expedientes del tratamiento, remisión y recomendaciones e informes de la consulta, y otros materiales relacionados.

Entiendo que eso autorizar el acceso de esta información de la salud es voluntario. Puedo rechazar firmar esta autorización. No necesito firmar esta forma para asegurar el tratamiento.

_____ Firma paciente o legal representante (Requerido)	_____ Fecha
_____ Si es firmado por Legal Representante Relación al paciente	_____ Firma del testigo

RECONOCIMIENTO DE LA PROHIBICIÓN EN ACCESO

Sunshine Child And Adolescent Care reconoce que esta información se está divulgando de los expedientes que secreto es protegido por la ley. El estado y los leyes federales nos prohíben de hacer cualquier acceso más otro de tal información sin el consentimiento de la persona a que pertenece tal información, o según lo permitido de otra manera por tales leyes. Con respecto a expedientes de HIV/AIDS y de psychiatric/psychological (si es aplicable), se requiere un específico, escrito consentimiento o un orden judicial. Una autorización general para re-lanza de médico o la otra información no es suficiente para este propósito.

ADMINISTRATIVE INSTRUCTIONS

Sunshine Child and Adolescent Care, requests the above records are fax forwarded to:
Sunshine Child and Adolescent Care, INC.
1515 E. Florence Blvd., Suite 103
Casa Grande, AZ 85222
Phone: (520) 423-8282
Fax: (520) 423-8398

Please attach a copy of this document to the records being forwarded.