



KATHERINE KRIEG, M.D. * SHARON NOVY, M.D.

1425 W. Elliot Rd., Suite 204 Gilbert, Arizona 85233
Phone: 480-792-1012 Fax: 480-792-1013



Para nuevos médicos de atención primaria/especialistas/consultorios/centros de Children's Oasis Pediatrics
Autorización para divulgar información sanitaria.

Si los documentos tienen más de 10 páginas, se los enviaremos por correo.

Nombre del paciente (Apellido, Nombre): _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Solicito y autorizo a Children's Oasis Pediatrics a divulgar la información de salud del paciente mencionado anteriormente a:

Nombre del consultorio/centro: _____

Nombre del médico/nombre del consultorio: _____

Teléfono: () - _____ - _____ Fax: () - _____ - _____

Esta solicitud y autorización se aplica a (marque todas las opciones que correspondan):

- ☐ Toda la información de salud, a menos que se especifique alguna excepción:

- ☐ Información de salud relacionada con el siguiente tratamiento, afección o fechas:

- ☐ Solo el registro de vacunación.

Esta autorización finaliza:

- ☐ En esta fecha: ____ / ____ / ____

- ☐ Seis meses a partir de la fecha de autorización (opción predeterminada si no se marca ninguna casilla).

Entiendo que no necesito firmar esta autorización para recibir beneficios de atención médica. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito, excepto en la medida en que Children's Oasis Pediatrics haya actuado basándose en ella. Una vez que la clínica divulga información de salud, la persona u organización que la recibe puede divulgarla, ya que las leyes de privacidad podrían dejar de protegerla.

- ☐ Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre impreso: _____

Relación con el paciente: Teléfono: () - _____ - _____

Prevea entre 24 y 48 horas para la entrega de los registros de vacunación y 2 semanas para la entrega de todos los registros, a menos que nuestro personal apruebe una fecha anterior.