



250 W. Bonita Ave. Ste. 200
Pomona, CA 91767
TEL: (909)629-5067
FAX: (909)865-7688

Frederick A. Lauppe, M.D.
Sandra A. Hollenberg, M.D.
Pramila Agrawal, M.D.
Carrie E. Knoll, M.D.
James T. Warren, M.D.

AUTORIZACION A USAR O REVELAR DE INFORMACION DE SALUD

A cumplir de este documento se autoriza la revelacion y/o usar de informacion de salud bajo la proteccion. El fracaso para proporcionar toda la informacion solicitada puede invalidar esta autorizacion.

Nombre complete de paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Yo autorize Pomona Pediatrics liberar a _____

Persona/organizacion autorizada a recibir la informacion. Direction(calle, ciudad, estado, codigo postal, # de telefono)

La informacion siguiente

- Todo informacion de atencion sanitaria
- La informacion siguiente solo los registros o tipos siguientes de informacion de salud.
- Otro _____

Yo especificamente autorizo la libertad de la siguiente informacion (marcar como apropiado)

- Informacion de tratamiento de salud mental
- Resulto de VIH
- Informacion de tratamiento de alcohol y drogas

Una autorizacion separado se requiere a autorizar la revelacion o usar de notas de psicologico terapia.

Proposito

El proposito del uso del pevido a la revelacion: pevido del paciente otro _____

Vencimiento

Esta autorizacion expira: _____

Yo puedo revocar este tiempo de la autorizacion, Pero debo hacer por escrito y mandarlo a la direccion siguiente **Pomona Pediatrics 250 W. Bonita Ave. #200 Pomona, CA 91767**. Mi revocacion suritira efecto sobre el recibo pero no aplicara a casas en los que informacion se libero de tiempo de la autorizacion al tiempo de revocacion.

La informacion revelo segun este revela de autorizacion por el recipiente. Tal rerevelacion a veces no es protegida por la ley de California y puedo no mas largo se protegido por la ley Federal de confidencialidad.

Tenfo un derecho de recibir una copia de esta autorizacion Habra tambien un honorario para el costo de la administracion de los registros medicos de no exceder \$25.00 pagadero a Pomona Pediatrics.

Firma

Fecha: _____

Hora: _____ am/pm

Firma: _____

(Paciente/Padres/Representativo)

Domicilio Particular: _____

Si firmado por otra persona de otro manera que el paciente/padre indica su relacion legal al paciente:

Testigo: _____