

NEW BEGINNINGS PEDIATRICS  
AUTORIZACION PARA MOSTRAR HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

1. Yo autorizo a New Beginnings Pediatrics a usar o mostrar la siguiente informacion de mi historia medica.

Mi historia medica completa.  
 Mi historia medica fechada del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 Mi historia medica protegida con relacion a \_\_\_\_\_  
 Otro (favor de explicar) \_\_\_\_\_

2. La informacion descrita anteriormente sera mostrada a:

NOMBRE : \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ COD.POSTAL \_\_\_\_\_

NO. DE TEL. \_\_\_\_\_ NO. DE FAX \_\_\_\_\_

3. La informacion sera mostrada con el proposito de:

Por requisicion del individuo.  
 Permiso para regresar a trabajar, nota por enfermedad or excusa medica.  
 Estudio de investigacion: \_\_\_\_\_  
 Inscripcion a un seguro.  
 Reclamacion de seguro.  
 Propositos de empleo: \_\_\_\_\_  
 Mercadotecnia: \_\_\_\_\_  
 Otra razon: \_\_\_\_\_

Mi autorizacion para mostrar la informacion anterior vence:

En \_\_\_\_\_  
 Evento especifico: \_\_\_\_\_  
 Fin de la investigacion.

4. Yo comprendo que si la persona o entidad que esta recibiendo mi historia medica no es un proveedor de servicios medicos o un plan medico cubierto por las

leyes federales de privacidad, mi expediente medico a ser mostrado como se menciona anteriormente, puede no estar protegido por estas leyes y puede ser mostrada a otros.

- 5 Entiendo que puedo rehusarme a firmar esta autorizacion y que mi negativa a firmar no me afectara para recibir tratamiento o pago, o mi elegibilidad a beneficios . Si la informacion medica protegida requerida es para ser usada o mostrada para determinar mi elegibilidad para un plan medico, mi negativa a firmar esta autorizacion puede resultar en la negacion de los beneficios de ese plan medico.
- 6 Entiendo que tengo el derecho a inspeccionar o sacarle copia a cualquier informacion mostrada por medio de esta autorizacion.
- 7 Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorizacion en cualquier momento, por escrito, excepto cuando New Beginnings Pediatrics ya haya actuado basada en esta autorizacion como se muestra por medio de mi firma y como es explicado en la Notificacion de Practicas de Privacidad.
8. Entiendo que New Beginnings Pediatrics y sus empleados estan libres de cualquier responsabilidad o cargo legal por la revelacion de mi expediente medico protegido como se describe anteriormente y como se autoriza por medio de mi firma a continuacion.
9. Entiendo que recibire una copia de la autorizacion firmada.

---

Nombre del Paciente (en letra de molde)

Fecha de Nacimiento

---

Nombre del Paciente o Representante Legal (en letra de molde)

---

Firma

---

Fecha