



Princeton Pediatrics

Beezer Moolji, MD
136 South 2nd St.
Princeton, TX 75407

TELÉFONO: 469-581-8115 FAX: 469-581-8114

Autorización para Divulgar Expedientes Médicos

(Authorization to Release Medical Records)

Entiendo que los expedientes médicos de mi hijo(a) son confidenciales y no pueden divulgarse sin mi autorización por escrito, salvo que la ley disponga lo contrario. Por la presente autorizo voluntariamente la divulgación de la siguiente información del expediente médico indicado a continuación a **Princeton Pediatrics**.

Nombre(s) del (de los) paciente(s) (Patient Name)

Fecha(s) de nacimiento (Date of Birth)

La información especificada a continuación puede divulgarse desde:

Nombre del médico/clínica

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Fax: _____

Información específica a divulgar: (Marque todas las opciones que solicita que se divulguen)

- ☐ Expediente médico completo de esta oficina ☐ Solo registros de vacunación
☐ Solo resumen de la última visita o resumen de alta hospitalaria
☐ Solo pruebas diagnósticas y resultados
☐ Otro (por favor especifique) _____

Por favor, indíquenos el motivo por el cual solicita sus expedientes:

- ☐ Cambio de médico de cabecera (PCP)
☐ Cambio de seguro médico
☐ Mudanza
☐ Solicitud de expedientes por una visita o estancia en un centro de atención de urgencia u hospital
☐ Solicitud de registros de vacunación para la escuela, un campamento o un viaje
☐ Otro

Por favor, indique el motivo si seleccionó "Otro": _____

Entiendo que estoy solicitando estos expedientes en nombre del consultorio de mi médico y que dichos expedientes se recibirán por fax al número de fax de la clínica indicada arriba. En cumplimiento con la Junta Médica de Texas (Texas Medical Board), no puede haber cargos por el envío de estos expedientes por fax o por medios electrónicos cuando los solicita un proveedor de atención médica con licencia de Texas para atención médica de emergencia o aguda. Dado que cambiaré de médico de cabecera (PCP), a través del cual recibiré tanto visitas de control del niño sano como atención médica aguda, los expedientes mencionados son fundamentales para mantener la continuidad de la atención y para brindar la atención médica aguda que sea necesaria de vez en cuando.

Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de la firma.

Número de teléfono

Nombre del padre, madre o tutor (en letra de molde)

Firma del padre, madre o tutor

Fecha

Gracias de antemano por enviar esta información con prontitud.

La información personal de salud que pueda contener este FAX es altamente confidencial. Está destinada al uso exclusivo del destinatario. Debe utilizarse únicamente para ayudar a brindar servicios de atención médica específicos a esta persona. Cualquier otro uso constituye una violación de la Ley Federal. Gracias por tratar esta información de manera confidencial.