



Peconic Pediatrics & Breastfeeding Medicine

A Division of Allied Physicians Group

34 Commerce Drive, Suite 2 • Riverhead, NY 11901 • Phone 631-722-8880 • Fax 631-722-7851

Autorización para uso y disponer de Información de Salud

Historia Medical Formulario de Solicitud

Nombre : _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____
Numero de Calle Ciudad Estado Código Postal

Numero de Teléfono: _____ Nombre Anterior (si aplica): _____

Firmando este documento yo doy autorización: _____
Nombre de oficina requiriendo información

Dirección de oficina requiriendo información Número de Teléfono

Para disponer información de salud a: Peconic Pediatrics
34 Commerce Drive, Suite 2
Riverhead, NY 11901
Phone – 631-722-8880
Fax – 631-722-7851

Chéquele todos que aplican a su persona:

- Toda información de salud
- Información de salud relacionada a los seguido condición o tratamientos: _____

Información de Salud a las seguidas fechas: _____

Otra Razón Específica: _____

Razón para esta Autorización:

- A mi solicitud
- Otra Razón: _____

Esta Autorización Expira: _____
Fecha- FECHA DEBE DE SER ESPECIFICA

Yo entiendo que puedo renunciar a firma esta autorización. Tratamiento, pago, inscripción a un plan medico o elegibilidad para beneficios no serán condicionada en firmar una autorización, haciendo esto es prohibido por la ley federal y la ley del estado. Yo entiendo que una autorización puede ser requerida para participar en investigación o donde los servicios de salud son dados solamente para el propósito de crear información sobre la salud para un tercero, y si yo me niego a firmar esta autorización eso servicios pueden ser negados.

Puedo revocar esta autorización en escrito. Si usted lo hace, esto no afectara cualquier acción anterior echa antes de firmar esta autorización. Tal ves no podrá revocar esta autorización si el propósito fue para obtener seguro medico. Puedo revocar esta autorización atreves de escribiendo una carta que ha sido firmada por un notaria publico a la oficina que esta escrito en la parte anterior.

Una ves que su información de salud a sido revelada después de firmar esta autorización, puede ser revelada y también no ser protegida por las leyes de privacidad.

Padre/Guardián/Representante con autorización legal para firmar Nombre y relación al paciente Fecha

*Nota: Este documento tiene que ser parte del record del paciente. Una copia de este documento debe ser dada al paciente o al representate legal.