

Release Form (ROI Spanish)

Autorización para la Revelación de Información de Salud

Por la presente autorización

Nombre del proveedor *

Práctica *

Número de teléfono *

Número de fax *

Para compartir y recibir registros de :

Clínica para niños especiales

432 Eastwood Road, Suite 200

Wilmington NC, 28403

(P) 910-319-7744

(F) 910-319-7754

Nombre del paciente *

Fecha de nacimiento *

Dirección *

Número de teléfono *

Fechas de publicación de registros médicos
que cubren (de) _____ (para) _____

Padre/ guardián entiende que al firmar este documento están permitiendo a los proveedores mencionados anteriormente discutir, intercambiar y revelar información sobre el tratamiento de su hijo. Padre/ guardián entiende que esto incluirá información relativa

Comprueba todo lo que aplica *

- Cuidado médico y tratamiento
- Educación/ planificación académica y registros de servicios
- Servicio de salud conductual y atención psiquiátrica
- Tratamiento para el uso indebido de alcohol/ drogas
- Historia del desarrollo/ evaluación y tratamiento

Entiendo que esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento , salvo en la medida en que se haya adoptado una medida en que se haya tomado en función de esta autorización. A menos que se revoque otra cosa ,esta autorización expirará al día siguiente, ven o condición un año a partir de la fecha firmada. Esta instalación,es empleados, oficiales y médicos, queda liberada de cualquier responsabilidad legal o labilidad para la divulgación de la información anterior a la extensión dictada y autorizada en la presente

Lo entiendo y *

- Yo autorizo
- No lo autorizo

Paciente/ Padre/ Guardian *

Relación con el paciente *

Fecha