

103 Park Place Blvd  
Davenport, FL 33837  
Phone: 863-421-1855  
Fax: 863-421-2624

Maria Cristina Khan, MD, FAAP  
Edwin Michael C. Sia, MD, FAAP



**Authorization for Release of Protected Health Information**

**Section A: Debe ser completado por todas las autorizaciones**

Por la presente autorizo el uso o la divulgación de mi información de salud identificable individualmente como se describe a continuación. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que si la organización autorizada para recibir la información no es un plan de salud o proveedor de atención médica, el liberado información puede no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Numero del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**De: Davenport Pediatrics PA**

103 Park Place Blvd  
Davenport FL 33837  
Fax 863-421-2624

**Para:** Organización de la información:

(proveer numero de fax y direction)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Descripción específica de la información {incluyendo fechas(s)}:**

**(Marque uno)**

- Todos los registros (incluidos los mentales abuso de la Salud Sexual y el VIH)
- Todos los registros (excepto Mental abuso de la Salud Sexual y el VIH)
- Registros en el intervalo de fechas de la siguiente: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_
- Registro de inmunización solamente
- Chequeo medico anual
- Ultima visita del niño/table de física/de crecimiento/table de inmunización
- Solo abuso sexual
- Solo VIH
- Registros de salud mental (incluyendo TDAH) sólo
- Otros (Especificar) \_\_\_\_\_

**Section B: Debe completarse para todos las autorizaciones**

Representante del paciente o el paciente debe leer las siguientes afirmaciones:

1. Entiendo que esta autorización vencerá en \_\_\_ (o un año desde la fecha de la firma).
2. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo a la organización que en la escritura; pero, si lo hago, no tendría ningún efecto sobre las acciones que se tomaron antes de que recibieran la revocación.
3. Si un médico recibe a estos registros, la información se utilizará para la continuidad de propósitos de cuidado solamente.
4. Entiendo que yo puedo tener una copia de este formulario en cualquier tiempo cuando se le solicite.
5. Entiendo que mi atención de la salud y el pago de mi salud no se verán afectadas al firmar este formulario.

X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante del paciente

Numero de telefono \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**(Formulario DEBE ser completado antes de la firma)**

Nombre del representante del paciente: \_\_\_\_\_

Relacion con el paciente: \_\_\_\_\_