



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Phoenix/Avondale/Laveen

*****FAVOR DE ENVIAR TODA LA CORRESPONDENCIA A LA OFICINA DE PHOENIX*****

4700 N 51st Ave, Suite 4 \ Phoenix, AZ 85031 \ P: 623-846-7575 \ F: 623-846-3778

Nombre del paciente: _____ FDN: _____

Dirección de casa: _____

Ciudad: _____ Estado : _____ Código Postal: _____

Número de teléfono : _____

Escoja la opción # 1 o # 2

1 Enviar mi información de MVP Kids Care a:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de fax: _____ Teléfono: _____

2 Obtener mi información médica de:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de fax: _____ Teléfono: _____

Esta autorización libera a MVP Kids Care, su personal, sus empleados y/o agentes, de cualquier responsabilidad por la información contenida en tales lanzamiento del disco en caso de pérdida o robo de mi persona, o la angustia de cualquier naturaleza causados a mí o/a otros. MVP Kids Care no se hace responsable de cualquier mal uso o mala interpretación de la información contenida en el presente documento como resultado de esta versión.

Estoy solicitando elegir **(A o B)**

A. Expediente médico de los últimos 2 años (incluyendo los registros de vacunación), **O**

B. Los demás: _____

Entiendo que esta información médica puede incluir información sensible. Autorizo el intercambio de:

___ Toda la información relacionada con el VIH y la información relacionada con las enfermedades transmisibles (ARS 36-661)

___ La información relacionada con el tratamiento psiquiátrico / psicológico

___ La información relacionada con el abuso físico, el abuso sexual o abuso sexual

___ La información relacionada con el abuso de alcohol y / o drogas

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento. Este consentimiento expira automáticamente un (1) año después de la fecha de la firma, a menos que solicite de manera diferente.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre Impreso: _____ Relación con el paciente: _____