



alison Hatfield, MD
sara Latiolais Ardoín, MD
emily Fruge' Simón, MD

153 Bulevar de la ciudad
Opelousas, LA 70570
(337)942-4453
(337)948-0900

Autorización para divulgar u obtener información de salud

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN#: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Nombre del seguro: _____ Fecha de nacimiento del padre: (para fines del seguro médico) _____

Autorizo a : Lily Pad Pediatrics ☐ **Liberación Información A** ☐ **O** ☐ **Obtener Información De**

Nombre : _____
Dirección : _____ Ciudad: _____ Estado : _____ Código Postal : _____
Teléfono Número : _____ Fax Número : _____

***TENGA EN CUENTA: Nosotros no podemos aceptar cualquier archivos en cualquier almacenamiento portátil dispositivo como un CD o una unidad USB**

El **Propósito de esta Autorización** se indica a continuación: (Por favor marque la casilla que corresponda)

☐ Cambio de Médico ☐ Propósitos Legales ☐ Atención Médica Adicional ☐ Otro: _____

Proveedor preferido: ☐ Dr. Hatfield ☐ Dr. Latiolais Ardoin ☐ Dr. Simon

Autorizo a : Lily Pad Pediatrics ☐ **Liberación Información A** ☐ **O** ☐ **Obtener Información De**

Nombre : _____
Dirección : _____ Ciudad: _____ Estado : _____ Código Postal : _____
Teléfono Número : _____ Fax Número : _____

***TENGA EN CUENTA: Nosotros no podemos aceptar cualquier archivos en cualquier almacenamiento portátil dispositivo como un CD o una unidad USB**

Acuerdo de política de vacunación: He leído y acepto la Política de vacunación de Lily Pad Pediatrics. _____ (inicial)

Divulgación de información confidencial:

Entiendo que mi expediente médico puede contener información confidencial relacionada con la(s) condición(es) del paciente. Esto incluye, entre otros, información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), servicios de salud mental o conductual y tratamiento para el abuso de alcohol o drogas. Al poner mis iniciales en esta casilla, elijo excluir los tipos de información anteriores de esta divulgación. _____ (inicial)

Términos y condiciones:

- * Tengo derecho a revocar esta Autorización, por escrito, en cualquier momento notificando a la Oficina de Privacidad y al proveedor de atención médica al que se le solicita que divulgue información de salud (si corresponde). Dicha revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en virtud de esta Autorización.
- * Tengo derecho a no firmar esta Autorización. Lily Pad Pediatrics no condicionará los tratamientos, el pago de los servicios o la inscripción o la elegibilidad para los beneficios a mi firma o no a esta Autorización.
- * Si se divulga información de salud a una persona que no está cubierta por las leyes de confidencialidad federales o estatales, existe la posibilidad de que esta información esté sujeta a una nueva divulgación y ya no esté protegida por estas leyes.
- * He leído y entiendo esta Autorización, he tenido la oportunidad de recibir respuestas a mis preguntas, he firmado esta Autorización libremente y he recibido una copia de esta Autorización.
- * Tenga en cuenta que esta Autorización vence un (1) año después de la fecha de la firma, a menos que se especifique lo contrario: _____.

Entiendo que la información que se divulgará se considera confidencial y el destinatario la utilizará únicamente con fines de tratamiento médico.

Firma: _____ Fecha: _____ Número de teléfono: _____

Nombre impreso: _____ Relación: _____