



## AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_

Por la presente, autorizo a **Westside Pediatric Clinic, P.C.** a compartir mi información médica protegida con las siguientes personas:

1. **Nombre:** \_\_\_\_\_  
**Relación con el Paciente:** \_\_\_\_\_  
**Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_
2. **Nombre:** \_\_\_\_\_  
**Relación con el Paciente:** \_\_\_\_\_  
**Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_
3. **Nombre:** \_\_\_\_\_  
**Relación con el Paciente:** \_\_\_\_\_  
**Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_

### Información a Compartir (Marque Todas las que Apliquen):

- Detalles de citas (programación, cancelaciones)
- Expedientes médicos, resultados de pruebas y planes de tratamiento
- Información de facturación y seguro médico
- Medicamentos y recetas médicas
- Otra (especifique): \_\_\_\_\_

### Propósito de la Divulgación:

- Coordinación continua del cuidado médico
- Asistencia con el seguro y la facturación
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Entiendo que:

- Esta autorización es voluntaria y puedo revocarla en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a **Westside Pediatric Clinic, P.C.**
- La revocación no se aplicará a la información ya divulgada bajo esta autorización.
- Esta autorización vence (**seleccione una opción**):
  - En esta fecha: \_\_\_\_\_
  - Un año después de la fecha de firma
  - Hasta que la revoque por escrito

**Firma del Paciente (18+):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_