



Concord Children's Clinic
1040 Vinehaven Drive NE, Concord NC 28025
Phone: 704-784-1010 Fax: 704-784-1013
www.ConcordChildrensClinic.com

RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

Nombre del
paciente

(Primer Nombre)

(Inicial del
segundo nombre)

(Apellido)

(Fecha de nacimiento)

(Número de seguro social)

(Número de teléfono)

(Dirección)

A solicitud del individuo mencionado previamente, yo _____, autorizo la divulgación de los siguientes registros o resúmenes sobre mi información médica protegida, desde y hacia las entidades que se indiquen a continuación.

☐
☐
☐
☐

Resumen de alta

Física e historial

Registro de vacunación

Notas de progreso

☐
☐
☐
☐

ECG / EEG /Cateterización Cardíaca

Informes de patología

Informes de laboratorio

Otro

☐
☐
☐

Informes de radiología

Informes hospitalarios

Informes operativos

Autorizo	No Autorizo
☐	☐

((elija una))

Autorizar la divulgación de información relacionada con la infección por SIDA y/o VIH, atención psiquiátrica y/o evaluación psicológica y tratamiento del consumo de alcohol y/o drogas.

Información divulgada de:

(Nombre de clínica/compañía/persona)

Dirección

Número de teléfono

Número de fax

Información divulgada a:

(Nombre de clínica/compañía/persona)

Dirección

Número de teléfono

Número de fax

Purpose:

☐

Cambiar de médico

☐

Seguro de salud

☐

Referral to Specialist

☐

Investigación legal

☐

Determinación de
discapacidad

☐

Personal

☐

Otro

Por la presente autorizo la divulgación de la información médica del paciente mencionado anteriormente. Esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de la firma. Entiendo que puedo cancelar esta solicitud mediante notificación por escrito, pero que dicha cancelación no afectará la información divulgada antes de la notificación. Entiendo que la información divulgada puede ser revelada nuevamente por la persona, grupo o institución que la reciba y puede que ya no esté protegida bajo las regulaciones federales de privacidad. También entiendo que el proveedor médico que recibe esta autorización no puede condicionar mi tratamiento a la firma o no firma de este documento.

(Nombre de clínica/compañía/persona)

Relación con el paciente

Fecha



Concord Children's Clinic
1040 Vinehaven Drive NE, Concord NC 28025
Phone: 704-784-1010 Fax: 704-784-1013
www.ConcordChildrensClinic.com

RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

Patient Name

(First)	(Middle Initial)	(Last)
(Date of Birth)	(Social Security Number)	(Phone Number)
(Mailing Address)		

At the request of the above individual, I _____, authorize the release of the following records or summary or narrative of my protected health information from and to the entities stated below.

☐ Discharge Summary	☐ ECG / EEG /Cardiac Cath	☐ Radiology Reports
☐ Physical & History	☐ Pathology Reports	☐ ER Reports
☐ Immunization Record	☐ Lab Reports	☐ Operative Reports
☐ Progress Notes	☐ Other	

I DO	I DO NOT	(check one box)
☐	☐	

Authorize release of information related to AIDS and/or HIV infection, Psychiatric Care and/or Psychological Assessment, and treatment of Alcohol and/or Drug use.

Information Released From:

Information Released To:

(Name of the Facility/Company/Person)	(Name of the Facility/Company/Person)
Address	Address
Phone Number	Phone Number
Fax Number	Fax Number

Purpose:

☐ Change Physician	☐ Insurance	☐ Referral to Specialist
☐ Legal Investigation	☐ Disability Determination	☐ Personal
		☐ Other

I hereby authorize disclosure of the health information for the above named patient. This authorization is valid for 12 months from the date of the signature. I understand that I may cancel the request with written notification but that it will not effect any other information released prior to notification of cancellation. I understand that the information disclosed may be re-disclosed by the individual, group, or facility receiving it and may no longer be protected under federal privacy regulations. I also understand that the medical provider receiving this authorization cannot condition my treatment on whether or not I choose to sign it.

Name of Guardian	Relationship to Patient	Date
------------------	-------------------------	------