

400 Athletic Club Blvd Unit 101
Clayton, NC 27527
Phone : (919) 267-1499
Fax : (919) 250-6272



4109 Wake Forest Rd. STE 300
Raleigh, NC 27609
Phone : (919) 250-3478
Fax : (919) 250-6272

AUTHORIZATION OF RELEASE OF HEALTH INFORMATION (Autorización para el intercambio de información de salud)

Patient Name (Nombre del paciente): _____

Date of Birth (Fecha de nacimiento): _____

Address (Dirección): _____

Telephone (Teléfono): _____

1. I authorize the use or disclosure of the named individual's health information as described below
(Yo autorizo el uso o intercambio de información del paciente listado)
2. The following individual(s) or organization(s) is authorized to make the disclosure
(La autorización médica facilita a la Compañía el obtener archivos médicos de cualquier proveedor)

CHECK ONE : Send TO Request FROM

Provider Name (Nombre del Proveedor): _____

Telephone (Teléfono): _____ - _____ - _____ Fax Number (Número de fax): _____ - _____ - _____

Address (Dirección): _____

3. The type of information to be used or disclosed is as follows (check and /or include description):
(La información que será solicitada)
 - Immunization Record & Medical Summary / *Registro de Vacunas & Resumen Médico*
 - Records only from / *Registros de* ____/____/____ (date/fecha) to ____/____/____ (date/fecha)
 - Records pertaining to (please describe) /*Registros indicando solamente (por favor de especificar)* _____
4. I understand that the information in my health record may include information relating to pregnancy, sexually transmitted disease, AIDS, AIDS-related syndrome or HIV testing. It may also include information about behavior or mental health services, alcohol, drug, psychiatric and psychological information.
(Entiendo que la información en mi registro de salud puede incluir información relacionada con el embarazo, enfermedades de transmisión sexual, SIDA, síndrome relacionado con el SIDA o pruebas de VIH. También puede incluir información psiquiátrica y psicológica.)

5. Release records for use by or disclose to the provided:

Kids First Pediatrics of Raleigh
4109 Wake Forest Rd. STE 300 Raleigh, NC 27609
Telephone: 919.250.3478 Fax: 919.250.6272

6. Disclosed information will be used for the following purposes:

- My personal records **(Mis registros personales)**
- Transfer of care, due to dissatisfaction with the practice **(Transferencia de cuidado, debido a la insatisfacción con la práctica)**
- Transfer of care due to relocation **(Transferencia de atención debido a la reubicación)**
- Other (please specify)/Otro **(por favor especificar)** _____

7. I understand that once the above information is disclosed, it may be re-disclosed by the recipient and may no longer be protected by federal or state privacy regulations.

(Entiendo que una vez que se divulgue la información anterior, el destinatario podrá volver a divulgarse y es posible que ya no esté protegida por las normas de privacidad federales o estatales.)

8. I understand that I have the right to revoke this authorization at any time, by presenting a written revocation to the Privacy Official. I understand that the revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization.

(Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, presentando una revocación por escrito al Oficial de Privacidad. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha divulgado en respuesta a esta autorización.)

9. This authorization will expire on the following date or event _____. If I fail to specify an expiration date or event, this authorization will expire in ninety (90) days.

(Esta autorización caducará en la siguiente fecha o evento _____. Si no especifico una fecha de vencimiento o evento, esa autorización caducará en noventa (90) días.)

10. I understand that authorizing the disclosure of this health information is voluntary. I need not sign this form to assure healthcare or treatment.

(Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntaria. No necesito firmar este formulario para asegurar atención médica o tratamiento.)

Signature/Firma _____ / _____ / _____
Patient or Legal Representative Relationship to patient Date
(Paciente o representante legal) (Relación con paciente) (Fecha)