**Autorización para divulgar información médica a otras personas y familiares**

De acuerdo con la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros de Salud (*Health Insurance Portability and Accountability Act,* *HIPAA* por sus siglas en inglés), para que un proveedor o empleado de *Kids Care Pediatrics* divulgue información médica de su hijo(a) a un miembro de su familia u otra persona por usted designada, es necesario obtener su autorización antes de hacerlo. En caso que se presente un incidente o no pueda darnos su autorización debido a su condición de salud, la ley estipula que estas reglas podrán ser derogadas.

\_\_\_\_\_ **No autorizo** a ***Kids Care Pediatrics*** divulgar información referente a todo o parte del cuidado de salud de mi hijo a ninguna persona salvo en las situaciones antes mencionadas.

\_\_\_\_\_ **Autorizo** a ***Kids Care Pediatrics*** divulgar información de forma verbal referente a todo o parte del cuidado de salud de mi hijo, a las siguientes personas:

Escriba en letra imprenta:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre y apellido de la persona |  | Relación con el paciente |
| Nombre y apellido de la persona |  | Relación con el paciente |
| Nombre y apellido de la persona |  | Relación con el paciente |
| Nombre y apellido de la persona |  | Relación con el paciente |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del paciente** |  | **Fecha de nacimiento** |
| **Representante legal (si corresponde)** |  | **Relación con el paciente** |
| **Firma** |  | **Fecha** |