



3661 S Miami Ave  
Suite 503  
Miami, FL 33133  
(786) 600-4PEDS (4733)  
Fax: (786) 724-4889

## AUTHORIZACIÓN PARA SOLICITAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

El presente (paciente, padre, tutor o apoderado autorizado) solicita y autoriza a:

\_\_\_\_\_  
(Nombre de la Institución)

\_\_\_\_\_  
(Dirección)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad, Estado, Código Postal)

\_\_\_\_\_  
(Numero de Teléfono)

para que facilite mis expedientes medico a:

Marimón Pediatrics  
3661 S Miami Ave, Suite 503  
Miami, FL 33133

Para el siguiente propósito (para qué propósito se usará la información médica; ejemplo, atención médica continua u otra, especifique): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Específicamente, la información de me expediente que pueden utilizar (marcar):

\_\_\_\_\_ El expediente entero

\_\_\_\_\_ Solo el historial de vacunas

\_\_\_\_\_ Informes de radiografías o laboratorios

\_\_\_\_\_ Registros de emergencias (que días): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Todo el expediente relacionado a (especifique): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Otra (especifique): \_\_\_\_\_

Esta autorización se vencerá en la fecha de: \_\_\_\_\_

(Sin una fecha, la autorización permanecerá en vigor hasta 3 meses a partir de la fecha en que fue firmada.)

\_\_\_\_\_  
Escribir nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma (paciente, tutor, o apoderado autorizado)

\_\_\_\_\_  
Día