



**AUTORIZACIÓN PARA  
SOLICITAR INFORMACIÓN  
MÉDICA PROTEGIDA**

Page | 1 of 1

El presente, \_\_\_\_\_, como padre, tutor o apoderado autorizado del (de los) niño(s) enumerados a continuación, solicita y autoriza a:

HOSPITAL, CLINICA, O MEDICO	
Nombre:	
Dirección:	
Cuidad, Estado & Código Postal:	
Número de Teléfono:	Numero de Fax:

para que facilite mis expedientes medico a:

Marimón Pediatrics  
3661 S Miami Ave, Suite 803  
Miami, FL 33133  
Phone: (786) 600-4733 Fax: (786) 724-4889

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

El expediente entero

Solo el historial de vacunas

**AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:**

Mediante su firma a continuación, autoriza el uso por y/o divulgación a Marimón Pediatrics de mi información de salud identificable individualmente como se describe anteriormente en lo que respecta a el (los) siguiente(es) **niño(s)**. Esta autorización es válida por 180 días después de la fecha en que aparece mi firma en este formulario solamente. Esta autorización puede ser revocada por mí en cualquier momento por escrito, excepto en la medida en que ya se hayan obtenido los registros. Es posible que no se permita ninguna nueva divulgación de la información, dependiendo de la naturaleza de la información, sin mi autorización específica. También entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que ni mi atención ni el pago de mi atención se verán afectados si decido no firmar este formulario.

INFORMACION DE LOS PACIENTES		
Niño 1:	Sexo:	Fecha de Nacimiento:
Niño 2:	Sexo:	Fecha de Nacimiento:
Niño 3:	Sexo:	Fecha de Nacimiento:
Niño 4:	Sexo:	Fecha de Nacimiento:

FIRMA DE PADRE, TUTOR O APODERADO

X \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_