

Los Proveedores Integrado de Vanderbilt
AUTORIZACIÓN PARA COMUNICAR
INFORMACIÓN DEL MENOR DE EDAD A
MIEMBROS DE FAMILIA U OTROS INDIVIDUOS

Identificación del Paciente
Nombre : _____
Fecha de Nacimiento : _____
Numero Social : _____
Numero de expediente medico : _____

Doy mi autorización a los proveedores médicos de VIP a divulgar información medico con miembros de la familia u otros individuos indicado abajo. Estos individuos pueden coordinar tratamiento medico o pagos de facturas.

INFORMACIÓN: Por favor de indicar la clase de información para divulgar. A= Todo M= Medico B= Pagos o Financieros S= Citas		
NOMBRES:	PARENTESCO AL PACIENTE	CODIGO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Por favor de indicar cualquier proceso legal que pudiera impedir el derecho del individuo a la información medico del paciente		

Indicar cualquier instrucción especial o limitación:		

Contraseña: _____ Por favor de divulgar la contraseña a todos los individuos autorizados para recibir información de mi niño(a). Antes de divulgar información por teléfono a los individuos, se les pedirán la contraseña. Entiendo que si rehusó firmar este formulario no efectuará el servicio medico de mi niño(a). Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por medio de mandar una carta de renuncio a la dirección apuntado al dorso de este formulario. Sin embargo, la revocación no invalida las acciones tomado por VIP antes de recibirla. Esta autorización se vence cuando el paciente menor de edad alcanza la edad de 18 años. Entiendo que la información privada relacionado con el sujeto podrá ser pasada a otros individuos y ya no será protegida por la ley federal y del estado.

Firma de los Padres/
Guardián legal: _____ **Fecha:** _____

Parentesco al Paciente: _____
Para revocar esta autorización por favor de mandar una carta de renuncia junto con una copia de este formulario a la dirección:

VIP Midsouth
648 Hartsville Pike
Gallatin, Tennessee 37066
Atención: Servicios de Expedientes Médicos