

N.º de PCC \_\_\_\_\_

Cary/Apex/Fuquay-Varina  
Pediatrics Center



## Formulario de divulgación y autorización de HIPAA para mayores de 18 años de edad

Comprendo y reconozco que a partir de mi cumpleaños número 18, mis padres o tutores ya no tendrán autorización para acceder a mi historia clínica ni a mi información o proveedores médicos, ni tampoco para consultar sobre estados de las citas sin mi autorización específica por escrito. Cary/Apex/Fuquay-Varina Pediatrics no divulgará información médica a mis padres sin mi autorización por escrito de conformidad con este documento. Comprende que si tienes cobertura del seguro de tus padres, ellos pueden recibir información médica en la Explicación de beneficios (factura del seguro).

\_\_\_\_\_ **NO** otorgo acceso ni a mis padres ni a mis tutores. **No se analizará ni divulgará información médica, de registros o de estado de citas.**

\_\_\_\_\_ **DESEO** conceder a mis padres o tutor acceso a mi información médica o de proveedores de atención de salud según se indica a continuación:

\_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de imprenta del padre, la madre o el tutor; indica su relación contigo).

\_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de imprenta del segundo padre, madre o tutor; indica su relación contigo).

\_\_\_\_\_ Doy permiso a las personas mencionadas anteriormente para que actúen en mi nombre sin limitaciones. Comprendo que pueden comunicarse con algún proveedor o miembro del personal para analizar mi atención de salud y acceder a mi historia clínica completa. **NO TIENEN RESTRICCIONES.**

\_\_\_\_\_ Doy autorización a las personas mencionadas anteriormente *para que soliciten renovaciones y reciban mis recetas médicas.*

\_\_\_\_\_ Doy autorización a las personas mencionadas anteriormente *para que accedan a mi expediente en el portal para pacientes.*

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA

\_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE CONTACTO DEL PACIENTE

**Acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad \_\_\_\_\_ . (Iniciales)**

Esta autorización es válida por un año a contar de la fecha de la firma. Comprendo que puedo retirar el consentimiento en cualquier momento si proporciono a Cary/Apex/Fuquay-Varina Pediatrics un aviso por escrito que indique los cambios en el acceso. Comprendo que la autorización para la divulgación de esta información de salud es voluntaria.

No necesito firmar este formulario para garantizar la atención o el tratamiento. Comprendo que una vez que se divulga la información anterior, su receptor podría volver a divulgarla y podría ya no estar protegida por los reglamentos federales o estatales de privacidad.