



Daniel J. Levy, M.D., F  
Adriane Hanelt, CPNP  
Carrie Collins, CPNP

---

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR REGISTROS MÉDICOS**

Yo \_\_\_\_\_ autorizo voluntariamente la divulgación del registro de salud para el paciente a:

**Centro de Bienestar para Niños y Adolescentes  
300 Redland Court, Suite 105  
Owings Mills, MD 21117  
Teléfono: 410-363-1843  
Fax: 410-363-3027**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

**INFORMACION QUE SE DIVULGA:**

- Registro médico completo o  registro de vacunas  
 Gráfico de crecimiento  
 El último examen físico
- Autorizo específicamente la divulgación de información relacionada con:  
 Abuso  
 Salud mental  
 VIH/SIDA

---

**Finalidad de la divulgación:**

Entiendo que esta autorización expirará 1 año después de haber firmado el formulario. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a la organización que proporciona por escrito, y será efectiva en la fecha notificada, excepto en la medida en que ya se haya tomado medidas en función de ella. Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a la redistribución por parte del destinatario y ya no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.

\_\_\_\_\_  
*Firma del Padre o Tutor/Fecha de Firma*

**SÓLO PARA USO EN OFICINA**

Proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_