

**Pediatric Partners of the Southwest**

**AUTORIZACIÓN PARA OBTENER REGISTROS MEDICALES**  
*(authorization to release medical records)*

**Para el individuo que sigue** *(for the individual listed):*

Nombre de Cliente *(name)*: \_\_\_\_\_

Dirección *(address)*: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono *(telephone)*: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento *(birth date)*: \_\_\_\_\_

Número de Seguridad Social *(social security number)*: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**De** *(from)*:

Médico/Oficina: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**Información será liberado y mandado a:**  
*(Information to be sent to)*

**Pediatric Partners of the Southwest**  
**575 Rivergate Lane, Suite 109, Durango, CO 81301**  
**Telephone: 970-375-0100 / Fax: 970-375-9210**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Registro Completo<br><i>(complete record)</i>                 | <input type="checkbox"/> Registros para referencia a un especialista<br><i>(referrals)</i> |
| <input type="checkbox"/> Registro de Inmunización<br><i>(immunizations)</i>            | <input type="checkbox"/> Registros hospitalizaciones<br><i>(hospital records)</i>          |
| <input type="checkbox"/> Laboratorios pertinente<br><i>(pertinent labs)</i>            | <input type="checkbox"/> Medicamentos<br><i>(medications)</i>                              |
| <input type="checkbox"/> EKG, EEG, Rayos Equis<br><i>(EKG, EEG, radiology studies)</i> | <input type="checkbox"/> No solicitamos registros<br><i>(no records requested)</i>         |
| <input type="checkbox"/> Otro (fecha específico de servicio) <i>(Other – specify)</i>  |  |

- Mi tratamiento por Pediatric Partners of the Southwest y sus proveedores no depende en firmar esta autorización a menos que el tratamiento esté requerido por un tribunal u otra tercera entidad. Es posible que algunas revelaciones estén hechos sin mi consentimiento si lo está permitido o requerido por la ley (Nota el Aviso de Privacidad para más información).
- Esta autorización vencerá después de un año a menos de que mi tratamiento termine o la derogo con escritura. Puedo derogar mi autorización a cualquier tiempo. Pediatric Partners of the Southwest y sus proveedores no pueden retirar información revelada antes de derogar la autorización. Unas copias de este formulario pueden ser utilizadas en lugar del original. Las firmas recibidas por Fax son aceptables.
- Pediatric Partners of the Southwest no puede asegurar que los destinatarios de la información revelada no la revele a otra persona. Es posible que el destinatario no se esté sujeto a las leyes federales que protegen información de salud. Si la revelación tiene información sobre el abuso de narcóticos o VIH/SIDA, el destinatario no está permitido revelar de nuevo a ninguna persona.

\_\_\_\_\_  
Firma de Cliente o Representativo Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de Representativo Personal y Relación (con claridad)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Please note: if more than 10 pages, please mail**