



---

## AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS PARA TRANSFERENCIA DE SERVICIOS

Yo, \_\_\_\_\_, padre y / guardian legal de \_\_\_\_\_, fecha de nacimiento, \_\_\_\_\_ bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud, 45 C.F.R. Las partes 160 y 164, autorizan a la Compañía, \_\_\_\_\_, a divulgar de inmediato la información seleccionada en este formulario, por fax, al Representante de Terapia de Premier Pediatric Therapy que es el solicitante.

La información de los registros médicos que se divulgará varía de fecha \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, durante el cual certifiqué que mi hijo(a) estaba bajo el cuidado de su Compañía o Agencia.

Autorizo a Premier Pediatric Therapy a obtener la siguiente información para continuar con la continuidad de la atención de mi hijo(a):

- Evaluación o reevaluación actual o reciente
- Determinación/Carta de autorización de terapia aprobada por la aseguradora/seguro
- Información completa y registros médicos actuales y pasados.
- Otro: \_\_\_\_\_

Esta información médica puede ser utilizada por la persona que autorizo para recibir esta información para tratamiento o consulta médica, facturación o pago de reclamaciones o otros motivos que pueda indicar.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Además, entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada por el destinatario y puede que ya no esté protegida por las leyes federales o estatales.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guardian Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha de Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre Imprimida del Representante Premier Pediatric

\_\_\_\_\_  
Título

**Premier Pediatric Therapy**  
415 S First Street  
Suite 300A  
Lufkin, TX 75901  
Phone: (832) 539-1632  
Fax: (832) 539-1633