



2 Medical Park Dr. Ste. 1000 – Asheville, NC 28803

Ph: 828-254-5326 - Fax: 833-941-0902 – apa@ashevillepediatrics.com

Authorization for Disclosure of Health Information
Autorización para utilizar o divulgar su Información de Salud

1. I hereby authorize the disclosure of the following information from the health records of:

Autorizo la divulgación de la siguiente información de los registros de salud de:

Patient Name/Nombre del Paciente: _____ DOB/Fecha de Nacimiento: _____

Address/Dirección: _____ Phone #: _____

Covering the periods of care from/Cubriendo el período(s) de atención médica desde: _____ to(a) _____

2. This information will be disclosed (Esta información será divulgada):

To (A):

Name of Office/Nombre de Oficina

Address/Dirección

City/Ciudad State/Estado Zip/Código Postal

Phone #/Número de teléfono Fax #

From (De):

Asheville Pediatric Associates

2 Medical Park Drive, Ste. 1000

Asheville, NC 28803

Phone: 828-254-5326/ Fax: 828-251-5954

For the Purpose of (Con el propósito de):

3. Information to be disclosed (Información a divulgar):

____ Well Visits (Físicos)

____ Sick Visits (Visitas de enfermos)

____ Consult Reports (Informes consulares)

____ X-Ray Reports (Resultados de radiografías)

____ Immunizations (Vacunas)

____ Discharge Summary (Resumen de alta)

____ Specialist Notes (Notas de especialista)

____ Problem & Medical Lists (Lista de diagnósticos y medicamentos)

____ Laboratory Tests (Resultados de laboratorio)

____ Other: _____

I understand that this will include information relating to (check if applicable):

Entiendo que esto incluirá información relacionada con (marque lo que aplica):

____ Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA))

____ Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection (Virus de Inmunodeficiencia humana (VIH))

____ Behavioral Health service/psychiatric care (Servicio de salud conductual/atención psiquiátrica)

____ Treatment for alcohol and/or drug abuse (Tratamiento por abuso de alcohol y drogas)

4. I understand this authorization may be revoked in writing at any time except to the extent that action has been taken in reliance on this authorization. Unless otherwise revoked, this authorization will expire on the following date, event or condition. (Entiendo que la autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento con excepción de las medidas que se hayan tomado en base a esta autorización. A menos que se revoque de otro modo, esta autorización expirará en la indicada fecha, evento, o condición).

5. The facility, its employees, officers and physicians are hereby released from any legal responsibility or liability for disclosure of the above information to the extent indicated and authorized herein. (La clínica, sus empleados, directivos, y médicos quedan exentos en toda responsabilidad legal por la difusión de la información anterior en la medida indicada y con la autorización aquí dada.)

Parent/Guardian Name (Nombre de padre/Guardian) _____ **Date(Fecha):** _____

Signature (Firma) _____ **Relationship to Patient (Relación del paciente)** _____

Signature of Witness (Firma del testigo): _____ **Date (Fecha):** _____