

Pediatric & Family Behavioral Health, PLLC
Psiquiatría y Terapia para Niños, Adolescentes y Adultos

10420 Park Road, Suite 300,
Charlotte, NC 28210
P: 980-237-4766 - F: 980-404-2274
frontdesk@pfbhnc.com

PERMISO PARA OBTENER / COMPARTIR REGISTROS

I (Yo), _____, _____/_____/_____,
patient name (nombre del paciente) (DOB, Fecha de nacimiento)

le doy permiso a Pediatric & Family Behavioral Health, PLLC para: enviar obtener mi historial médico

a/de) _____ Para que puedan entender mejor mi condición y ayudarme.
clínica/ individuo

Tel.: _____ Fax.: _____

PERMISO PARA OBTENER/COMPARTIR INFORMACIÓN DELICADA

Al poner mis iniciales en los artículos de abajo, yo entiendo que estoy dando permiso para que mis registros sean enviados/recibidos que pueden contener información sobre:

- _____ Mi salud mental
_____ Cualquier enfermedad transmisible que pueda tener como (HIV/AIDS, Tuberculosis, or MRSA)
_____ Registros genéticos, y/o
_____ Registros de Drogas y alcohol

YO ENTIENDO QUE:

Yo no tengo que dar mi permiso para compartir mis registros.

Si yo quiero revocar este permiso, yo tengo que hablar con mi doctor o personal de la oficina médica y proveer una documentación escrita de mi decisión.

Esta forma es solo valida por el tiempo que es cliente esté siendo tratado por un proveedor de Pediatric and Family Behavioral Health.

Patient Signature _____ **Date** _____
(Firma del Paciente) (Fecha)

Parent/ Legal Guardian Signature _____ **Date** _____
(Firma de los Padres/Guardián legal) (Fecha)