

**Pediatric Endocrine and Wellness Center, PA**  
**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN**

**2999 NE 191<sup>St</sup> Street Suite 300 - Aventura, FL 33180**  
**Telefono: (305) 935-2441 Fax: (305) 933-4438**

---

---

HIPAA, reglas privadas dadas para el derecho de pedir restricciones en usos y revelaciones de la informacion de salud protegida(PHI). Tambien tiene el derecho de pedir confidencialidad de uso como por ejemplo mandar correspondencia a una oficina en vez de mandarla a su casa. Su firma al seguir indica que Ud. ha recibido una copia de Pediatric Endocrine and Wellness Center, PA's HIPAA Notice of Patient Privacy Practices.

Favor de informarnos a quienes autoriza obtener los archivos medicos de su hijo/a:

Madre ( ) Padre( ) Peditra ( )

Otros: (por ejemplo: enfermera escolar, abuela/o)

---

Favor de informarnos por cual medio autoriza a dejar un mensaje conteniendo información de salud:

Telefono de casa ( ) Celular ( ) Email ( )

---

Nombre del Paciente

---

Fecha de nacimiento

---

Firma de Madre/Padre/Guardián

---

Fecha

---

Nombre de Madre/Padre/Guardián