



**Burkhart**  
Pediatric &  
Adolescent  
Dermatology

(919) 476-1118 | (855) 878-6037

135 Parkway Office Court - Suite 201

Cary, NC 27518

info@burkhartpediatricdermatology.com

www.burkhartpediatricdermatology.com

## FORMULARIO DE DIVULGACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE LA HIPPA PARA PACIENTES MAYORES DE 18 AÑOS

Entiendo que cuando cumpla los 18 años, mis padres o tutores no podrán obtener acceso a mis expedientes, información y proveedores médicos ni podrán solicitar información sobre una cita sin mi autorización escrita. Burkhart Pediatric & Adolescent Dermatology, PLLC no divulgará información médica a mis padres o tutores sin mi autorización escrita según se indique en este documento.

**NO CONCEDO** acceso a mis padres o tutores. **No se podrá tratar ni divulgar información médica, expedientes ni información sobre citas.**

**CONCEDO** acceso a mi información médica y sobre proveedores médicos a mis padres o tutores, del modo siguiente: \_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de molde del padre/madre/tutor; indica su relación contigo).

\_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de molde del segundo padre/madre/tutor; indica su relación contigo).

Marca todo lo que corresponda:

Concedo permiso a las personas nombradas anteriormente para que actúen en mi nombre sin limitaciones. Entiendo que podrán comunicarse con cualquier proveedor o miembro del personal para hablar sobre mi atención médica y obtener acceso a todos mis expedientes médicos. **NO TIENEN NINGUNA RESTRICCIÓN.**

Concedo permiso a la persona o personas que se nombran anteriormente *para solicitar la renovación de recetas y para recoger mis medicamentos.*

Concedo permiso a la persona o personas que se nombran anteriormente *para consultar mi historial en el portal del paciente.*

Esta autorización es válida durante un año desde la fecha de la firma. Entiendo que para retirar mi consentimiento en cualquier momento deberé facilitar a Burkhart Pediatric & Adolescent Dermatology, PLLC una notificación escrita que explique los cambios en el acceso. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información médica es voluntario. No necesito firmar este formulario para recibir atención médica o tratamiento. Entiendo que una vez que se divulgue la información podrá volver a ser divulgada por el destinatario y puede que no esté protegida por las leyes federales y estatales sobre privacidad.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE MOLDE

\_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
TELÉFONO DEL PACIENTE

Confirmando que recibí la Declaración sobre prácticas de privacidad de la HIPPA \_\_\_\_\_  
(iniciales)