



Autorización para la divulgación de información

Corporación KidsPeace y sus corporaciones subsidiarias

(Todas partes de este formulario deben ser completadas en cumplimiento con las normas federales y estatales aplicable)

Información personal

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Paciente # de cuenta: _____ Fecha de admisión: _____

Yo, por la presente, autorizo a **KIDSPEACE** _____ el intercambio de información con:

Nombre: _____ # de teléfono: _____

Dirección: _____

con el fin de: _____

La información que será **DIVULGADA** es:
 Historial médico Evaluación psicológica Historial dental Resumen integrado

Nombre:

MR/Paciente # cuenta:

[Redacted content]