

**El Centro De Intervención De Jovenes Del Condado De Lancaster**  
**Services médico**

235 Circle Avenue  
Lancaster, Pennsylvania 17602

**La Autorización Para Soltar Records de Medico**

Yo, \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_  
(Nombre del Paciente)

Por este medio autorice, \_\_\_\_\_  
(Doctor De Oficina) (Dentist De Oficina)

para lanzar al mercado la siguiente información:

**(La Información Demandada)**

Para Lancaster County Youth Intervention Center, PrimeCare Medical Services, o un representante autorizado con el objeto de rasgar diagnóstico medico, psicológico y tratamiento. Tengo por entendido que la confidencialidad de la información revelada está protegida. De más divulgación sin mi anterior consentimiento escrito y yo tengo por entendido que no tengo obligación para permitir la divulgación o la liberación de esta información. Este consentimiento y autorización están sujetos a la revocación. La revocación puede estar consumada por el intimatorio de Lancaster County Youth Intervention Center, PrimeCare Medical Services en escribir o especificando una fecha, un tiempo, un acontecimiento en el cual este consentimiento expira.. También le autorizo a Lancaster County Youth Intervention Center, PrimeCare Medical Services que fotocopia el original de este consentimiento y la autorización y provea una fotocopia para lo revelando o soltando a la institución o la persona. Certifico que he leído esta forma o le hice a ella leer y me he explicado y que entiendo su provisión.

\_\_\_\_\_  
El Nombre del Nino (Por Favor Print)

\_\_\_\_\_  
La Firma del Nino

\_\_\_\_\_  
El Nombre del Padre O Custodio (Por Favor Print)

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre O Guardian

\_\_\_\_\_  
El Nombre del Testigo (Por Favor Print)

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
La fecha