



Center for Pediatric Medicine

Our Family Caring For Yours

107 Newtown Road, Suite 1D
Danbury, CT 06810
203-790-0822
Fax: 203-790-1808

Autorizacion y/o solicitud de expedientes y informacion medica.

Fecha: _____ Nuevo Paciente Transferencia de Salida

Nombre y Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Telefono: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Codigo Postal: _____

Pacientes Adicionales:

1) _____ FDN: _____ 2) _____ FDN: _____
3) _____ FDN: _____ 4) _____ FDN: _____

Enviar registros de: _____ # De Telefono: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Codigo Postal: _____

Mandar regitros a: _____ # De Telefono: _____

Dirreccion _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Codigo Postal: _____

Por favor tenga en cuenta que el cargo solo se aplica si se transfiere fuera de Center for Pediatric Medicine.

Yo autorizo al Center for Pediatric Medicine que copie mi registros por el costo de \$0.45c por pagina como maximo- \$40.00

Yo autorizo al Center for Pediatric Medicine que copie mi registros electronicamente en un USB for a costo de \$10 por recogerlos y \$15 por enviarlos por correo.

Enviar a: _____ Recoger: _____

Informacion especifica solicitada:

Registro complete _____

Vacunas/Tablas de Crecimientos/Ultimo Fisico _____

 **Proxima pagina**



Center for Pediatric Medicine

Our Family Caring For Yours

Razon de Transfer:

Nos Mudamos Mayor de Edad

Razon por dejar la practica: _____

Los necesito para un Especialista: _____ (no dejar la practica)

Los necesito por razones legales: _____ (no dejar la practica)

Al firmar mi nombre, yo autorizo la divulgación de toda la información altamente confidencial, incluida la enfermedad mental o discapacidad del desarrollo, los resultados de las pruebas de VIH/SIDA y sustancias (Drogas y alcohol)

Firma del Paciente: _____ Fechas: _____

.....

Paciente es menor de edad, o el no esta legalmente incapaz

_____ Fecha: _____
(Nombre Impreso)

_____ _____
(Firma de persona autorizada) (Relacion con el paciente)

****Por favor contactarse con nuestra oficina al 203-798-7661, para asentar cualquier balance antes de hacer la transferencia de los registros****

Nota: CT permite 30 dias para transferencias de registros medicos.