



Center for Pediatric Medicine

Our Family Caring For Yours

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

83 Sandpit Road
Danbury, CT 06810
203-746-3280

11 Route 37
New Fairfield, CT 06812
203-791-9599

We do NOT accept or fax Medical Records

Authorization for Release / Request for Health Information - Transfer In Release

Transferring In

Date

Patient name: DOB: Phone #

Address City State Zip

Additional Children for transfer:

- 1) Date of Birth:
2) Date of Birth:
3) Date of Birth:
4) Date of Birth:

Release records from: Phone # Fax #

Address City State Zip

Release records to: Center for Pediatric Medicine - Attention: Medical Records
107 Newtown Road Suite 1D
Danbury, CT 06810

Please MAIL the complete medical history for the patient(s) listed above.

ALL office visits, sick visits, wellness visits, vaccinations, etc.*

** We do NOT accept records by fax! **

Reason for Transfer

- We're Moving Aged out
Leaving the practice if so why:
Need them for a specialist (not leaving the practice)
Need them for insurance or legal matters (not leaving the practice)

By signing my name, I authorize the release of all highly confidential information including mental illness or developmental disability, HIV/AIDS test results and substance (drug or alcohol)

Patient's Signature Date

Patient is a minor, or patient is legally unable to sign

(Print Name)

(Date)

(Signature of Authorized Person)

(Relationship to Patient)

Please contact our Business Office at (203) 798-7661 to settle any open balances prior to transfer of medical records

Please Note: CT law allows 30 days for transfer of the medical record.



Center for Pediatric Medicine

Our Family Caring For Yours

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

83 Sandpit Road
Danbury, CT 06810
203-746-3280

11 Route 37
New Fairfield, CT 06812
203-791-9599

NO aceptamos ni enviamos por fax registros médicos
Autorización para la Divulgación / Solicitud de Información de Salud - Transferencia

Fecha _____

Transferencia de entrada

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono # _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Niños adicionales para la transferencia:

1) _____ DOB: _____ 2) _____ DOB: _____

3) _____ DOB: _____ 4) _____ DOB: _____

Trasferir de: _____ Telefono# _____ Fax# _____

Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Trasferir a: **Center for Pediatric Medicine - Attention: Medical Records**
107 Newtown Road Suite 1D
Danbury, CT 06810

**¡Por favor, envíen por correo el historial completo del/de los paciente(s)!
No aceptamos registros por fax!**

Motivo de la transferencia

- Nos estamos mudando Envejecido
- Dejar la práctica si es así, ¿por qué?: _____
- Los necesita para un especialista _____ (no dejar la práctica)
- Los necesita para el seguro o asuntos legales _____ (sin dejar la práctica)

Al firmar con mi nombre, autorizo la divulgación de toda la información altamente confidencial, incluidas las enfermedades mentales o discapacidades del desarrollo, los resultados de las pruebas de VIH/SIDA y las sustancias (drogas o alcohol)

Firma _____ Fecha _____

El paciente es menor de edad o no puede firmar legalmente.

(Nombre en letra de imprenta)

(Fecha)

(Firma de la Persona Autoriza)

(Relación con el paciente)

****Comuníquese con nuestra Oficina Comercial al (203) 798-7661
para liquidar cualquier saldo abierto antes de la transferencia del registro médico**
Tenga en cuenta: La ley de CT permite 30 días para la transferencia del registro médico.**