



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 historiales médicos

Autorización para la divulgación / Solicitud de información de salud - Transferencia de información

Transferencia de información

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nascimento: _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Niños adicionales para la transferencia:

1) _____ Fecha de Nascimento: _____

2) _____ Fecha de Nascimento: _____

3) _____ Fecha de Nascimento: _____

4) _____ Fecha de Nascimento: _____

Transferir de: Center for Pediatric Medicine - 107 Newtown Road Suite 1D Danbury, CT 06810

Transferir a: _____ Teléfono _____

Dirección _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Código postal** _____

Autorizo al Centro de Medicina Pediátrica a copiar mis registros a un costo de \$0.45 por página - máximo \$40.00 por expediente.

Autorizo al Centro de Medicina Pediátrica a copiar mis registros electrónicamente en una unidad flash **USB** a un costo de \$10 para recoger o \$15 para enviar por correo.

Enviar por correo a:

Dirección _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Código postal** _____ **Recoger:** _____

Información específica solicitada: Expediente completo _____ Vacunación/Gráfica de crecimiento/Último examen físico _____ Otro _____

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 del paciente _____ Fecha _____

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

(Nombre en letra de imprenta)

(Fecha)

(Firma de la persona autorizada)

(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.**