



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
203-791-9599

11 Route 37
New Fairfield, CT 06812
203-746-3280

NO enviamos registros médicos por fax

Autorización para la liberación / Solicitud de información sanitaria - Transferencia De Salida

☐ **Transferencia**

Fecha _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono # _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

• CORREO (Solo fuera del estado)

• RECOGIDA

Registros de liberación de: Centro de Medicina Pediátrica - 107 Newtown Road Suite 1D Danbury, CT 06810

Entregar Registro A: _____ Teléfono # _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

☐ Autorizo al Centro de Medicina Pediátrica a copiar mis historiales con un precio máximo de **20 \$ hasta 50 páginas. Se pondrán 51 páginas o más en una memoria USB.** Si desea que las copias en papel se envíen por correo (solo fuera del estado a una dirección domiciliaria - NO enviamos a la oficina de un proveedor debido a que los registros se extravíen), cobraremos el envío postal además de la **tarifa de 20 \$ por las copias en papel.** **

Todos los registros deben estar prepagados antes de entregarlos.

☐ Autorizo al Centro de Medicina Pediátrica a copiar mis historiales electrónicamente en una **memoria USB por un costo de 10 dólares por recogida.** ** Si desea que la memoria USB se envíe por correo (fuera del estado solo a una dirección domiciliaria - NO enviamos a la oficina de un proveedor debido a que los registros se han extraviado), cobraremos el envío por correo además del **costo de 10 dólares de la memoria USB.** **

Todos los registros deben estar prepagados antes de publicarlos.

Solo correo a domicilio

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Información específica solicitada: Registro Completo _____ Vacunas/gráfico de crecimiento/última visita física _____ Otros _____

Motivo del traslado

- ☐ Nos estamos mudando ☐ Envejecido
- ☐ Dejamos La Oficina, si es así, ¿por qué? _____
- ☐ Los necesito para un _____ especialista (no salir de la oficina)
- ☐ Los necesito para seguros o asuntos legales _____ (no salir de la oficina)

Firma _____ Fecha _____

(Padre o tutor legal, si el paciente es menor de edad. **Los pacientes de 18 años o más deben firmar por sí mismos**)

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

LA AUTORIZACIÓN ES VÁLIDA POR UN AÑO

****Por favor, contacte con nuestra oficina comercial en el (203) 790-0822 para liquidar cualquier saldo pendiente antes de la transferencia de los historiales médicos****

Por favor, tenga en cuenta: la ley de CT permite 30 días para la transferencia del historial médico.



Center for Pediatric Medicine

Our Family Caring For Yours

(Nombre impreso)

(Fecha)

(Firma de la persona autorizada)

(Relación con el paciente)

LA AUTORIZACIÓN ES VÁLIDA POR UN AÑO

*****Por favor, contacte con nuestra oficina comercial en el (203) 790-0822 para liquidar cualquier saldo pendiente antes de la transferencia de los historiales médicos*****

Por favor, tenga en cuenta: la ley de CT permite 30 días para la transferencia del historial médico.