



AUTORIZACIÓN PARA OBTENER REGISTROS MÉDICOS

Fecha: _____

Yo, _____, autorizo a PediatricCare Associates para que obtengan todos los registros médicos relacionados con el/los paciente(s) que se enumera(n) a continuación:

Nombre del Paciente: 1. _____	Fecha Nacimiento: _____
2. _____	Fecha Nacimiento: _____
3. _____	Fecha Nacimiento: _____
4. _____	Fecha Nacimiento: _____
5. _____	Fecha Nacimiento: _____

Transferidos a: _____

_____ Numero de Fax: _____

Razon(es) por irse:

_____ Mudando por fuera del area (**Incluya la direccion nueva abajo**)
_____ Mayor de 21 años de edad
_____ Cambio de seguro _____ Disgusto con la practica
_____ Otro, por favor explique: _____

Dirección Nueva: _____

Marque la casilla junto al tipo de registro que desea que se publique. Los precios pueden variar según su selección.

☐ **Solo vacunas**

- Incluye el registro de vacunación actual y el Formulario Universal de Salud

☐ **Resumen de registros (Pueden aplicarse cargos – hasta \$25 por registro de paciente)**

- Registro de vacunación, última visita preventiva, últimos 12 meses de consultas por enfermedad y análisis de laboratorio, curva de crecimiento y notas de la última consulta de cada especialista

☐ **Historial médico complete (Pueden aplicarse cargos – hasta \$50 por registro de paciente)**

- Incluye todos los documentos del historial clínico del paciente

Por el presente autorizo la divulgación de la información médica de los pacientes antes mencionados. Esta autorización es válida durante 12 meses a partir de la fecha de la firma. Entiendo que legalmente tienen 30 días para divulgar mis registros. También entiendo que puedo cancelar esta solicitud con una notificación por escrito, pero que esto no afectará ninguna divulgación de información anterior a la notificación de cancelación.

Firma del paciente si es mayor de 18 años de edad.

Firma de Padre/Guardian: _____ Fecha: _____
Numero Telefonico: _____ Casa: _____ Celular: _____