Piedmont Pediatrics, PLC
20 Rock Pointe Lane
Warrenton, VA 20186
(540)347-9900
www.piedmontpediatrics.com

Autorización De Divulgación De Registros Médicos De Piedmont Pediatrics, PLC

Yo, por este medio solicito los registros médicos en:

_____ _____ _____
Nombre Del Paciente Fecha De Nacimiento Número de Teléfono

Divulgar información hacia: Nombre Del Lugar: _____

Dirección: _____

Cuidad, Estado, Código Postal: _____

Razón de la divulgación:

☐ Mudarse ☐ Petición de los papas ☐ Insatisfacción ☐ Escuela ☐ Otra Razón _____

Registros Solicitados ***(Escoge una de las opciones)*** ***(Escoger método de Entrega)***

☐ Solo Registro de Vacunas **Portal del paciente** ☐ **Correo** ☐ **Yo lo voy a recoger** ☐

☐ Solo Registro De Vacunas y ultimo chequeo físico **Portal del paciente**☐ **Correo** ☐ **Yo lo voy a recoger** ☐

☐ Todo El Expediente en un CD **Mandar por Correo el CD** ☐ **Yo lo voy a recoger** ☐

☐ Parte del expediente en CD como se indica a continuación: **Mandar por Correo el CD** ☐ **Yo lo voy a recoger** ☐

_____

Se requiere un pago anticipado de $10.00 para los registros médicos que se colocarán en un CD. Tenga en cuenta que puede tomar hasta 14 días hábiles para procesar esta solicitud. Al menos que se indique de lo contrario, usted es responsable de recoger el registro médico en Piedmont Pediatrics. Mantendremos los registros hasta 30 días, después de eso, el pago y la solicitud tendrán que ser nuevamente peticionados.

_____ _____
Firma del paciente o guardián legal Relación al Paciente

_____ _____
Nombre Impreso del paciente o guardián legal Fecha

OFFICE USE ONLY
CD: ☐ _____ _____
Amount paid with request Staff Initials

Piedmont Pediatrics, PLC
20 Rock Pointe Lane
Warrenton, VA 20186
(540)347-9900
www.piedmontpediatrics.com

Autorización De Divulgación De Registros Médicos

Yo, por este medio solicito los registros médicos en:

_____ _____ _____
Nombre Del Paciente | Fecha De Nacimiento | Numero De Teléfono

Sea liberados desde:

Nombre Del Sitio: _____

Dirección: _____

Cuidad, Estado, Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____

Numero de Fax: _____

OFFICE USE ONLY

Faxed: ☐ Mailed: ☐

Date: _____

Initials: _____

Porciones del Registro Medico Peticionados:

____ Historia y examen físico ____ Registro De Vacunas _____Todo El Registro Medico

____ Laboratorios ____Notas De Progreso Medico ____ Radiología/ MRI/ CT

____Tablas de Crecimiento

Registro Medico sea divulgado a: Piedmont Pediatrics, PLC
20 Rock Pointe Lane
Warrenton, VA 20186
(540)347-9900 phone (540)341-4183 fax

El Motivo por esta peticion: _____
(Continuar cuidado médico/mudarse/Seguro médico/escuela/etc.)

_____ _____
Firma del paciente o guardián legal | Relación al Paciente

_____ _____
Nombre Impreso del paciente o guardián legal | Fecha