



1405 Franklin Gateway SE
Marietta GA, 30067
Office # 770.951.5400 or Fax # 770.702.5627

Solicitud de transferencia o liberación de la información relacionada con la salud

Completa esta sección si desea que **“OBTENGAMOS”** los registros médicos de otra práctica médica o hospital. Por la presente autorizo Cumberland Pediatrics, para obtener mis registros médicos de:

Todo los registros Certificado de vacunas Registro de vacunas completo (non-certificado)
Notas de Médico Información historial de pago/Información de la cuenta Otro
Incluye todos los registros de los médicos de atención...primaria anteriores(s)

Doctor _____ Número de teléfono/de Fax _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Completa esta sección si desea que sus registros médicos sean **“ENVIADOS”** a otra práctica médica o hospital Por la presente autorizo Cumberland Pediatrics, para enviar mis registros médicos a:

Todo los registros Certificado de vacunas Registro de vacunas completo (non-certificado)
Notas de Médico Información historial de pago/Información de la cuenta Otro
Incluye todos los registros de los médicos de atención...primaria anteriores (s)

Doctor _____ Número de teléfono/de Fax _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Entre el tiempo de: _____ hasta _____ (Si es aplicable a la solicitud)

Por la razón de: Transferir Copia Personal Liberar

Entiendo que esta autorización se incluyen la liberación de todos los registros médicos, incluyendo los registros de HIV, enfermedad médica psiquiátrica.. los registros de abuso de drogas/alcohol, enfermedades venéreas y otras enfermedades protegidas por ley. Esta autorización y consentimiento vencerán noventa días después de la fecha de la firma. Entiendo que puedo revocar esta autorización y consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción ha tenido previamente en la dependencia del mismo. Entiendo la posibilidad de que el destinatario vuelva a divulgar la información divulgada y ya no esté protegida.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Firma del Padre/Tutor

Relación

Fecha