



CUMBERLAND  
PEDIATRICS

1405 Franklin Road SE

Marietta GA, 3067

Office # 770-951-5400 or Fax # 770-951-0955

Solicitud de transferencia o liberacion de la informacion relacionada con la salud

Completa esta seccion si desea que **"OBTENGAMOS"** los registros medica de otra practica medica o hospital. Por la presents autorizo Cumberland Pediatrics, para obtener mis registros medicos de:

Todo los registros  Certificado de vacunas  Registro de vacunas completo (non-certificado)

Notads de Medico  Information historial de pago/Informacion de la cuenta  Otro

Incluye todos los registros de los medicos de atencion...primaria anteriores(s)

Doctor \_\_\_\_\_ Numero de telefone/de Fax \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Completa esta seccion si desea que sue registros medicos sean **"ENVIADOS"** a otra pracica medica o hospital Por la presents autorizo Cumberland Pediatrics, para envia mis registros medicos a:

Todo los registros  Certificado de vacunas  Registro de vacunas completo (non-certificado)

Notads de Medico  Information historial de pago/Informacion de la cuenta  Otro

Incluye todos los registros de los medicos de atencion...primaria anteriores (s)

Doctor \_\_\_\_\_ Numero de telefone/de Fax \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Entre el tiempo de: \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ (Sies aplicble a la solicitud)

Por la razon de: Transferir  Copia Personal  Liberar

Entiendo que esta autorizacion se incluyen la liberacion de todos ls registros medicos, incluyendo los reistros de HIV, enfermedad medica psiquiatrica.. los registros de abuso de drogas/alcohol, enfermedades venereas y otras enfermedades protegidas por ley. Esta autorizacion y consentimiento venceran noventa dias despues de la fech de la firma. Entiendo que puedo revocar esta autorizacion y consentimiento en cualquire momento, excepto en la dedida en que la accion ha tenido previamente en la dependencia del mismo.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Relacion

\_\_\_\_\_  
Fecha