



556 Sandhurst Drive
Fayetteville, NC 28304

(910) 483-2646
Fax (910) 483-9470

www.legacypeds.com

Registracion del Paciente

Información del Paciente

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento	Femenino/Masculino
Direccion		Cuidad	Estado	CodigoPostal
# Seguro Social		# Teléfono Primario		

Información del Padre/Guardian

Escoja uno: Relacion al Paciente: Madre Padre Abuelos Guardian Legal F.D.N. _____

Apellido	Nombre	Inicial	# Seguro Social	
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre de Empleador		Ocupación	# De teléfono del trabajo	
Dirección del trabajo		Ciudad	Estado	Código Postal
# Teléfono de casa		# Celular	Correo Electrónico	

Información Padre/Guardian

Escoja uno :Relación al Paciente: Madre Padre Abuelos Guardianes Legales F.D.N. _____

Apellido	Nombre	Inicial	# Seguro Social	
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre del Empleador		Ocupacion	# De teléfono del trabajo	
Dirección del trabajo		Ciudad	Estado	Código Postal
# Teléfono de casa		# Celular	Correo Electrónico	



Seguro de Salud

1) Nombre de la empresa _____

2)Nombre de la empresa _____

Escoje uno: Seguro Primario Seguro Secundario

Escoje uno: Seguro Primario Seguro Secundario

Número de Póliza: _____

Número de Póliza: _____

Del Grupo: _____

Del Grupo _____

Nombre Póliza: _____

Nombre Póliza: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Hermanos

1. _____ Edad: _____ Salud: _____

2. _____ Edad: _____ Salud: _____

3. _____ Edad: _____ Salud: _____

Certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta. Autorizó que el pago de los servicios prestados se haga pagadero a Legacy Pediatric. Autorizó la divulgación de información médica necesaria para procesar cualquier reclamo. Entiendo que soy financieramente responsable de los términos y condiciones contenidos en este acuerdo y acepto estar sujeto a estos términos y condiciones.

Firma del Padre/ Guardián Legal

Fecha

Referido por? _____



556 Sandhurst Drive
Fayetteville, NC 28304

(910) 483-2646
Fax (910) 483-9470

www.legacypeds.com

Política Financiera

Entiendo, acepto y reconozco los siguientes términos : **(inicialice cada línea)**

- _____ El pago de todos los servicios es mi responsabilidad y es de ser pagado al momento en que se le presenta los servicios.
- _____ Si mi compañía de seguros de salud ha aceptado a Legacy Pediatrics (en adelante,LP) como proveedor participante en el momento del servicio.LP presentará un reclamo a mi compañía de seguros.
- _____ Las reclamaciones no pagadas de manera oportuna (60 días) por mi compañía de seguros, pasan a ser totalmente mi responsabilidad.
- _____ Si mi compañía de seguros de salud NO HA aceptado LP como proveedor participante en el momento de servicio, soy responsable del pago total al momento del servicios a menos que se hayan hecho arreglos previos con el departamento de facturación de LP.
- _____ A mi solicitud al departamento de facturación de LP, se proporcionará documentación para que pueda presentar un reclamo de reembolso de los gastos de bolsillo de mi compañía de seguros.
- _____ Cualquier contrato de cobertura de seguro se realiza entre mi empleador, la compañía de seguros y yo, LP no tiene influencia sobre los beneficios disponibles o la aprobación de reclamos.
- _____ Si deseo utilizar los beneficios de mi seguro para cubrir el costo de cualquier prueba, procedimiento o visita solicitados a proveedores externos, es mi responsabilidad contactar a mi compañía de seguros para verificar los beneficios disponibles, así como las instalaciones, proveedores y especialistas participantes.
- _____ Soy responsable de solicitar cualquier referencia necesaria antes de que se realicen pruebas o procedimientos. Cuando sea posible , estas solicitudes deben hacerse 5 días antes de la fecha de la cita con la especialistas. Depende de la discreción de un proveedor de LP si emitir o no una referencia solicitada después de la cita o la fecha del procedimiento.
- _____ Las referencias no son una garantía de beneficios de seguro o pago. Las inquietudes relacionadas con la denegación de pago por pruebas por ordenadas, procedimientos o visitas a proveedores externos deben dirigirse a mi compañía de seguros.
- _____ Soy responsable de todos los cópagos y servicios no cubiertos al momento del servicio, a menos que se hayan hecho arreglos previos con el departamento de facturación de LP.
- _____ Cualquier coseguro, deducibles o reclamos rechazados deben pagarse en su totalidad a LP dentro de 30 días posteriores a la recepción de una factura.
- _____ Si pagos con cheque son devuelto sin pagar por mi institución financiera estará sujeto a una tarifa de \$25.

Firma del Padre Guardian Legal

Fecha

HIPAA Privacy Notice

Updated June 2020

LEGACY PEDIATRICS, PA

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES As Required by the Privacy Regulations Created as a Result of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)

THIS NOTICE DESCRIBES HOW HEALTH INFORMATION ABOUT YOUR CHILD (AS A PATIENT OF OUR PRACTICE) MAY BE USED AND DISCLOSED, AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO YOUR CHILD'S INDIVIDUALLY IDENTIFIABLE HEALTH INFORMATION.

PLEASE REVIEW THIS NOTICE CAREFULLY.

A. OUR COMMITMENT TO YOUR PRIVACY

Legacy Pediatrics, P.A. is dedicated to maintaining the privacy of your child's individually identifiable health information (IIHI). In conducting our business, we will create records regarding your child and the treatment and services we provide to him/her. We are required by law to maintain the confidentiality of health information that identifies your child. We also are required by law to provide you with this notice of our legal duties and the privacy practices that we maintain in our practice concerning your child's IIHI. By federal and state law, we must follow the terms of the notice of privacy practices that we have in effect at the time.

We realize that these laws are complicated, but we must provide you with the following important information:

How we may use and disclose your child's IIHI

Your child's privacy rights in their IIHI

Our obligations concerning the use and disclosure of your child's IIHI

The terms of this notice apply to all records containing your child's IIHI that are created or retained by our practice. We reserve the right to revise or amend this Notice of Privacy Practices. Any revision or amendment to this notice will be effective for all of your child's records that our practice has created or maintained in the past, and for any of your records that we may create or maintain in the future. Our practice will post a copy of our current Notice in our offices in a visible location at all times, and you may request a copy of our most current Notice at any time.

B. IF YOU HAVE QUESTIONS ABOUT THIS NOTICE, PLEASE CONTACT:

The Site Manager at the office where your child is usually seen or our Privacy Officer at (910) 483-2646.

C. WE MAY USE AND DISCLOSE YOUR CHILD'S INDIVIDUALLY IDENTIFIABLE HEALTH INFORMATION (IIHI).

The following categories describe the different ways in which we may use and disclose your child's IIHI:

1. Treatment. Our practice may use your child's IIHI to treat your child. For example, we may disclose your child's IIHI as follows:

To order laboratory tests (such as blood or urine tests), which we may use the results to help us reach a diagnosis.

To write a prescription, or we might disclose your child's IIHI to a pharmacy when we order a prescription for you.

To treat or to assist others in the treatment of your child.

To inform you of potential treatment options or alternatives or programs, such as our Asthma Program.

To others who you have given permission to bring your child to the office for treatment. For example, if you ask your babysitter to bring your child to our office for treatment of a cold. In this example, the babysitter may have access to this child's medical information.

To other health care providers for purposes related to their treatment.

To a parent guardian or other responsible person if the patient is a minor.

2. Payment. Our practice may use and disclose your child's IIHI in order to bill and collect payment for the services and items provided by us for your child. For example, we may disclose your child's IIHI as follows:

To contact your child's health insurer to certify that your child is eligible for benefits (and for what range of benefits), and we may provide your child's insurer with details regarding your child's treatment to determine if the insurer will cover, or pay for, your child's treatment.

To obtain payment from other third parties that may be responsible for such costs.

To bill you directly for services and items.

To other health care providers and entities to assist in their billing and collection efforts.

3. Health Care Operations. Our practice may use and disclose your child's IIHI to operate our business. As examples of the ways in which we may use and disclose your child's information for our operations include, but are not limited to the following:

To evaluate the quality of care your child received from us, or to conduct cost-management and business planning activities for our practice.

To other health care providers and entities to assist in their health care operations under certain circumstances.

To contact you and remind you of your child's appointment.

To inform you of health-related benefits or services that may be of interest to you.

When we are required to do so by federal, state or local law.

D. USE AND DISCLOSURE OF YOUR CHILD'S IIHI IN CERTAIN SPECIAL CIRCUMSTANCES

The following categories describe unique scenarios in which we may use or disclose your identifiable health information to the extent such use or disclosure is required by law:

1. **Public Health Risks.** Our practice may disclose your child's IIHI to public health authorities that are authorized by law to collect information for the purpose of:

maintaining vital records, such as births and deaths

reporting child abuse or neglect

preventing or controlling disease, injury or disability

notifying a person regarding potential exposure to a communicable disease

notifying a person regarding a potential risk for spreading or contracting a disease or condition

reporting reactions to drugs or problems with products or devices

notifying individuals if a product or device they may be using has been recalled

2. **Health Oversight Activities.** Our practice may disclose your child's IIHI to a health oversight agency for activities authorized by law. Oversight activities can include, for example, investigations, inspections, audits, surveys, licensure and disciplinary actions; civil, administrative, and criminal procedures or actions; or other activities necessary for the government to monitor government programs, compliance with civil rights laws and the health care system in general.

3. **Lawsuits and Similar Proceedings.** Our practice may use and disclose your child's IIHI in response to a court or administrative order, if you are involved in a lawsuit or similar proceeding. We also may disclose your child's IIHI in response to a discovery request, subpoena, or other lawful process by another party involved in the dispute, but only if we have made an effort to inform you of the request or to obtain an order protecting the information the party has requested.

4. **Law Enforcement.** We may release IIHI if required by law to do so. For example:

Regarding a crime victim in certain situations, if we are unable to obtain the person's agreement

Concerning a death we believe has resulted from criminal conduct

Regarding criminal conduct at our offices

In response to a warrant, summons, court order, subpoena or similar legal process

To identify/locate a suspect, material witness, fugitive or missing person

5. **Deceased Patients.** Our practice may release IHI to a medical examiner or coroner to identify a deceased individual or to identify the cause of death. If necessary, we also may release information in order for funeral directors to perform their jobs.

6. **Research.** Our practice may use and disclose your child's IHI for research purposes in certain limited circumstances. We will obtain your written authorization to use your child's IHI for research purposes except when an Internal Review Board or Privacy Board has determined that the waiver of your authorization satisfies the following: (i) the use or disclosure involves no more than a minimal risk to your child's privacy based on the following: (A) an adequate plan to protect the identifiers from improper use and disclosure; (B) an adequate plan to destroy the identifiers at the earliest opportunity consistent with the research (unless there is a health or research justification for retaining the identifiers or such retention is otherwise required by law); and (C) adequate written assurances that the Protected Health Information (PHI) will not be re-used or disclosed to any other person or entity (except as required by law) for authorized oversight of the research study, or for other research for which the use or disclosure would otherwise be permitted; (ii) the research could not practicably be conducted without the waiver; and (iii) the research could not practicably be conducted without access to and use of the PHI.

7. **Serious Threats to Health or Safety.** Our practice may use and disclose your child's IHI when necessary to reduce or prevent a serious threat to your child's health and safety or the health and safety of another individual or the public. Under these circumstances, we will only make disclosures to a person or organization able to help prevent the threat.

8. **Workers' Compensation.** Our practice may release your child's IHI for workers' compensation and similar programs.

9. **Compliance.** We are required to disclose your child's IHI to the Secretary of the Department of Health and Human Services or his designee upon request to investigate our compliance with HIPAA or to you upon request pursuant to section E.3. below.

E. YOUR RIGHTS REGARDING YOUR CHILD'S IHI

You have the following rights regarding the IHI that we maintain about your child:

1. **Confidential Communications.** You have the right to request that our practice communicate with you about your child's health and related issues in a particular manner or at a certain location. For instance, you may ask us not to contact you work. In order to request a type of confidential communication, you

must make a written request to the Site Manager, specifying the requested method of contact, or the location where you wish to be contacted. Our practice will accommodate reasonable requests. You do not need to give a reason for your request.

2. Requesting Restrictions. You have the right to request that we limit the use and disclosure of your child's IIHI for treatment, payment and health care operations. Additionally, you have the right to request that we restrict our disclosure of your child's IIHI to only certain individuals involved in your child's care or payment for care, such as family members or friends. You must make your request in writing to the Site Manager. Under federal law, we must agree to your request and comply with your requested restrictions if:

Except as otherwise required by law, the disclosure is to a health plan for purpose of carrying out payment of health care operations (and is not for purpose of carrying out treatment); and,

The medical information pertains solely to a health care item or service for which the health care provided involved has been paid out of pocket in full.

Once we agree to your request, we must follow your restrictions (except if the information is required by law or necessary for emergency treatment). You may cancel the restrictions at any time. In addition, we may cancel a restriction at any time as long as we notify you of the cancelation and continue to apply the restriction to information collected before the cancelation.

3. Inspection and Copies. You have the right to inspect and obtain a copy of the IIHI that may be used to make decisions about your child, including patient medical records and billing records, but not including psychotherapy notes. You must submit your request in writing to the Site Manager in order to inspect and/or obtain a copy of your child's IIHI. Our practice may charge a fee for the costs of copying, mailing, labor and supplies associated with your request. Our practice may deny your request to inspect and/or copy in certain limited circumstances; however, you may request a review of our denial. Another licensed health care professional chosen by us will conduct reviews.

4. Amendment. You may ask us to amend your child's health information if you believe it is incorrect or incomplete, and you may request an amendment for as long as the information is kept by or for our practice. To request an amendment, your request must be made in writing and submitted to the Site Manager. You must provide us with a reason that supports your request for amendment. Our practice will deny your request if you fail to submit your request (and the reason supporting your request) in writing. Also, we may deny your request if you ask us to amend information that is in our opinion: (a) accurate and complete; (b) not part of the IIHI kept by or for the practice; (c) not part of the IIHI which you would be permitted to inspect and copy; or (d) not created by our practice, unless the individual or entity that created the information is not available to amend the information.

5. Accounting of Disclosures. All of our patients have the right to request an "accounting of disclosures." An "accounting of disclosures" is a list of certain non-routine disclosures our practice has made of your child's IIHI for non-treatment, non-payment or non-operations purposes. Use of your child's IIHI as part of the routine patient care in our practice is not required to be documented. For example, the doctor

sharing information with the nurse; or the billing department using your child's information to file your insurance claim. We also will not provide an accounting of disclosures made to you about your child, or incident to a use or disclosure we are permitted to make as described above, or pursuant to an authorization. In order to obtain an accounting of disclosures, you must submit your request in writing to the Site Manager. All requests for an "accounting of disclosures" must state a time period, which may not be longer than six (6) years from the date of disclosure and may not include dates before April 14, 2003. The first list you request within a 12-month period is free of charge, but our practice may charge you for additional lists within the same 12-month period. Our practice will notify you of the costs involved with additional requests, and you may withdraw your request before you incur any costs.

6. Right to a Paper Copy of This Notice. You are entitled to receive a paper copy of our notice of privacy practices. You may ask us to give you a copy of this notice at any time. To obtain a paper copy of this notice, contact the Site Manager or visit our website at www.PediAlliance.com.

7. Right to File a Complaint. If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with our practice or with the Secretary of the Department of Health and Human Services. To file a complaint with our practice, contact our Privacy Officer, P.O. Box 25437, Tampa, Florida 33622. All complaints must be submitted in writing. You will not be penalized for filing a complaint.

8. Right to Provide an Authorization for Other Uses and Disclosures. Our practice will obtain your written authorization for uses and disclosures that are not identified by this notice or permitted by applicable law. Any authorization you provide to us regarding the use and disclosure of your child's IIHI may be revoked at any time in writing. After you revoke your authorization, we will no longer use or disclose your child's IIHI for the reasons described in the authorization. Please note, we are required to retain records of your child's care.

Again, if you have any questions regarding this notice or our health information privacy policies, please contact the Site Manager at the office you usually take your child or our Privacy Officer.

Privacy Officer

Legacy Pediatrics, P.A.

556 Sandhurst Drive

Fayetteville , NC 28304



556 Sandhurst Drive
Fayetteville, NC 28304

(910) 483-2646
Fax (910) 483-9470

www.legacypeds.com

Nombre Del Paciente

Fecha Del Nacimiento

Conocimiento De Entrega / Reconocimiento de Practica Privada

- Se me ha proporcionado un aviso de prácticas de privacidad que me proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de cierta información de salud. Entiendo que Legacy Pediatrics se reserva el derecho de cambiar su Aviso de prácticas de privacidad y su implementación previa y proporcionará una copia actualizada en el consultorio del médico. Puedo solicitar una copia del Aviso actualizado de prácticas de privacidad llamando a la oficina o solicitando una copia en persona.

Firma del Padre/ Guardian Legal

Fecha

Relacion con el Paciente

Acknowledgement of Review of Office Policies

- He leído, entendido y acepto los términos escritos en la Políticas de la oficina de Legacy Pediatrics. También he leído y entendido la Política de vacunación de Legacy Pediatrics.

Firma del Padre/ Guardian Legal

Fecha

Relacion con el Paciente



556 Sandhurst Drive
Fayetteville, NC 28304

(910) 483-2646
Fax (910) 483-9470

www.legacypeds.com

Authorization Del Padre/ Guardian Legal

Nombre Completo Del Paciente _____

Fecha De Nacimiento Del Paciente _____

Las siguientes personas tienen el permiso para traer a mi Hijo/Hija (Con el nombre escrito arriba) a Legacy Pediatrics y participar por Completo en la consulta y autorizacion de cualquier tratamiento que el/ella dialogue con el Doctor. Las Personas que usted autorizan tiene el derecho de tener acceso a la información privada de la salud del paciente.

1. Realacion con el Paciente : _____

2. Realacion con el Paciente : _____

3. Realacion con el Paciente: _____

4. Realacion con el Paciente: _____

5. Realacion con el Paciente: _____

Padre / Guardiante Legal _____ Fecha _____



556 Sandhurst Drive
Fayetteville, NC 28304

(910) 483-2646
Fax (910) 483-9470

www.legacypeds.com

Consentimiento para el Tratamiento

Al firmar este consentimiento, autorizó a Legacy Pediatrics a realizar y/u ordenar a otra persona que realice todos los exámenes, pruebas, procedimientos y cualquier otra atención que se considere necesaria o aconsejable para el diagnóstico y el tratamiento de la atención médica de mi hijo. Este consentimiento es válido para cada visita realizada a Legacy Pediatrics a menos que sea revocado por mi en forma oral o por escrito.

Tenga en cuenta que la Ley de Carolina del Norte permite que un paciente se someta a una prueba de posible exposición al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el virus asociado con el SIDA, en las siguientes situaciones: 1.) para examinar sangre, productos sanguíneos, órganos o tejidos para determinar la idoneidad para donación; 2) si otro individuo se expone accidentalmente a la sangre o fluidos corporales de un paciente, como un pinchazo de aguja; 3) si se va a realizar un procedimiento médico o quirúrgico que podría exponer a los trabajadores de la salud a la sangre o fluidos corporales del paciente. Esta divulgación es para informarle que su hijo puede ser evaluado a expensas de Legacy Pediatrics si alguna de estas situaciones ocurre durante el periodo de tratamiento.

Firma del Padre/ Guardiante Legal

Fecha

Autorización para la divulgación de información

Por lo tanto autorizó a Legacy Pediatrics a proporcionar información médica pertinente a la condición médica de mi hijo, que incluye, entre otros, el diagnóstico, el tratamiento y la atención ofrecida o presentada a mi hijo mientras era un paciente de Legacy Pediatrics. Entiendo que esta información solo se proporcionará: 1.) a mi (s) aseguradora (s) a las que se le asignaron mis facturas médicas para el pago; 2.) según lo exija la ley. Entiendo que mi información médica no se divulgará a ninguna persona que no sea la mencionada sin mi permiso por escrito, el registro completo de mi hijo, incluido el estado de VIH, se puede divulgar al proveedor de atención médica como se especifica en mi solicitud por escrito. Cualquier revocación de esta versión debe enviarse por escrito a Legacy Pediatrics.

A los fines de esta publicación, información médica “ significará copias de todos los registros médicos, pruebas, radiografías, informes y/u otros materiales en posesiones de Legacy Pediatrics relacionados con la condición médica de mi hijo y el tratamiento propuesto o real. Entiendo que la firmar este consentimiento también autorizó la divulgación de cualquier información contenida en los registros médicos que pueda divulgarse a las pruebas de anticuerpos o antígenos de VIH y/o SIDA para las personas mencionadas anteriormente.

Al firmar este consentimiento para divulgar información médica, acepto no responsabilizar a Legacy Pediatrics, sus agentes y empleados por cualquier resultado desfavorable como resultado de esta información. Comprendo que la divulgación de la información médica de mi hijo puede ser necesaria antes de que mi aseguradora cubra el costo del tratamiento médico de mi hijo, y que al no autorizar la divulgación de esta información; Tal vez deba de pagar la factura completa al momento del servicio.

Firma del padre/ Guardián Legal

Fecha

Nombre del paciente

Fecha de Nacimiento



556 Sandhurst Drive
Fayetteville, NC 28304

(910) 483-2646
Fax (910) 483-9470

www.legacypeds.com

Historia Médica del Paciente – Requerido para todos los Pacientes

Nombre del Paciente: _____ FDN: _____

Su hijo/hija tiene ALGUNA alergia a medicamentos o alimentos? _____

Si tiene, Cuál es su reacción? _____

Lista de medicamentos que su hijo/hija utiliza, incluyendo dosis y cuántas veces al día(Ejemplo:Tabletas,Syrup):

Hospitalizations _____ Maternal/Paternal _____

Historia Familiar	Escoger		Relacion Ejemplo: Madre ,Padre, Abuela Maternal, Abuelo Paternal
	Si	No	
	Anemia		
Arthritis			
Asthma			
Autismo			
Desorden Autoimmune			
Cancer,Cual:			
Diabetes,dependiente de insulina			
Ataque de corazón,50 años o menos			
Cholesterol Alto			
Alta Pression			
Problemas de Riñones			
Enfermedad Psiquiatrica			
Alergias Estacionales			
Muerte Repentina			
Otros:			
Otros:			

Historia pasada del paciente

	Escoger	
	Si	No
Alergias		
Anemia		
Asthma		
Autismo		
Mojar la cama		
Celulitis		
Varicela		
Estreñimiento		
Síndrome de Down		
Eczema		
Historia de Fracturas		
Infecciones de Oídos		
GERD (reflujo)		
Dificultades de aprendizaje		
Migrañas		
Murmur		
Drepanocito		
Apnea de Sueño		
Ronquidos		
Faringitis Estreptococica		
Tuberculosis		
Infección Urinarias		
Otros:		
Otros:		

Historia de Cirugías

	Escoger		
	Si	No	Año
PET's (tubos)			
Adenodectomia			
Amigdalectomia			
Otros:			

Historia Social

	Escoger	
	Si	No
Su hijo/hija está en un cuido?		
Utiliza asiento de carro para niño?		
Si tiene menos de 1 año o menos de 20 libras,el acierto está Orientado hacia atrás?		
Su hijo/hija tiene una rutina de dormir?		
Alguien en la casa fuma cigarillo?		
Alguna persona de su casa o ustedes han viajado afuera de los Estados Unidos?		
Si ha viajado, Donde?		
Ocupación de padres: Madre: _____ Padre: _____		

Historia de nacimiento

Edad gestacional	
Peso de nacimiento	
Tipo de parto	
Lactancia	
Cuanto tiempo?	
Formula	
Suministro de agua	
Historia de Fracturas	
Cribado normal del recién nacido <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	



556 Sandhurst Drive
Fayetteville, NC 28304

(910) 483-2646
Fax (910) 483-9470

www.legacypeds.com

Orden de Registros

Fecha de la solicitud: _____

Nombre del medico o clínica que publicará los registros,número de teléfono y fax:

Nombre del Padre o Guardián Legal: _____

Nombre del paciente y F.D.N: _____

Solicite que los registros se envíen a:
Legacy Pediatrics
556 Sandhurst Drive Fayetteville, NC
28304

Correo _____ Fax _____ Llevados a mano _____

Registros para transferir

_____	Todo los Registros	_____	Lista maestra de problemas/Hoja de flujo notas clínicas
_____	Notas Clínicas	_____	Resumen medico
_____	Récords de Vacunas	_____	Ultimo examen físico
_____	Los cuadros de crecimiento	_____	Plan de acción para el Asma o ADD
_____	Registro para una fecha específica:	_____	

- Tengo en cuenta que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a la oficina. Entiendo que esta autorización vence en 180 días después de la fecha firmada.
- Tengo en cuenta que una vez que se divulga la información anterior, el destinatario puede volver a divulgarla y la información puede no estar protegida por las leyes/ regulaciones federales de privacidad
- Entiendo que la fotocopia o el facsímil de esta autorización es tan valida como la original.

Firma del Padre/Guardián Legal Fecha

Testigo Fecha