



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