

Pediatric Associates of Franklin, P.A.

190 Riverview Street, Suite #2

Franklin, NC 28734

Phone: 828-369-4444 Fax: 828-369-4241

Frederick A. Berger, M.D., FAAP

S. Douglas Egge, M.D., FAAP

Kevin J. Foley, M.D., FAAP

Shana F. Egge, M.D., FAAP

Christina S. Sapp, MSN, NP-C

MEDICAL RELEASE FORM

Nombre del Paciente: _____

Dirección: _____

Día de nacimiento: _____

para liberar copias a to obtener copias de los siguientes doctores

Nombre del doctor y clínica: _____ Nombre del doctor y clínica _____

Dirección: _____ Dirección _____

Numero Telefono: _____ Numero Telefono: _____

Fax Numero: _____ Fax Numero: _____

La siguiente información para la fecha del servicio: _____

- Discharge Summary History & Physical Psychiatric Evaluation Emergency Records Lab Reports
 Medication Record Psychological Testing Physicians Orders Progress Notes Treatment Plan X-Ray Reports Face Sheet Immunization Records
 Complete chart from dates: _____

Esta información es requerida con el propósito de:

- Continué el tratamiento seguros abogado Personal
 otros radial ser: seleccionado hasta por correo
 Fax al número de teléfono: _____

Por la presente consiente y le autoriza para liberar copias de mis registros médicos, incluidos los registros médicos actuales y anteriores de otras prácticas y los profesionales, hospitales y clínicas que forman parte de mis registros médicos. Tenga en cuenta: Esta autorización incluye el consentimiento para la liberación de alcohol, drogas, información psiquiátrica y psicológica; y cualquier información relacionada con el embarazo, enfermedades de transmisión sexual, la prueba del VIH, SIDA y cualquier síndromes relacionados con el SIDA. También incluye cualquier información sobre el cáncer, pruebas de cáncer y los resultados de cáncer. Estoy de acuerdo en que una copia de esta versión o un fax de esta versión será tan válido como esta versión original. Entiendo que esta autorización podrá ser revocada por escrito y la revocación escrita debe ser entregada al Departamento de registros médicos, revocación no será eficaz para la revelación de registros cuyo despacho me había autorizado previamente, o donde otras medidas se han adoptado en la dependencia de una autorización válida. Envíe copias de toda la información solicitada lo antes posible a la dirección que aparece a continuación:

Firma del padre o tutor: _____

fecha: _____ testigo: _____

fecha de caducidad: esta autorización caducará el _____ (fecha no más tarde de un año a partir de ahora)