



Solicitud de transferencia de registros Pediatricos de Millcreek

Se debe completar un formulario para cada niño. Todos los registros se copiarán en un CD y se enviarán por correo para su transferencia. Hay una tarifa por transferir registros.

Por la presente autorizo a Millcreek Pediatrics a: (seleccione uno)

Liberar copia de registros a: Para obtener copia de registros de: (dirección/numero de oficina)

Millcreek Pediatrics
2055 Limestone Rd Ste 300
Wilmington, DE 19808
Ph: 302-633-6338
Fax: 302-633-9398

Información requerida:

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Codigo postal: _____

Telefono: _____

Fecha de tratamiento: desde: _____ hasta: _____

- Historia / examen físico
- Resumen de alta
- Informes de consulta
- Informes de laboratorio
- Informes psicológicos / educativos
- Informes operativos
- Registros de vacunación
- Nota (s) de progreso
- Other _____

Entiendo que esta autorización solo es válida por 60 días a partir de la fecha de la firma. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, pero no retroactivo a la divulgación hecha de buena fe.

Paciente o adulto legalmente responsable: _____ Fecha: _____

Testigo (para el personal de la oficina): _____ Fecha: _____

para el personal de la oficina
Date request sent: ____/____/____
Staff initial: _____
Via mail or Fax (If faxed attach fax transmission sheet)