

AUTORIZACION PARA TRANSFERIR ARCHIVOS MEDICOS

Yo autorizo a _____, M.D., para transferir todos los
archivos médicos de mi hijo/a _____ Fecha de nacimiento: _____ a:

Dr. Milagros G. Huerta
2999 NE 191st St. Suite 300
Aventura, FL 33180
Telefono: (305) 935-2441
Fax: (305) 933-4438

Estamos requiriendo especificamente:

- todas las notas clinicas
- copias de resultados de laboratorio
- reportes de radiografia
- graficas de crecimiento
- todas las medidas de estaturas con fechas

Cualquier y toda información sera dada con excepción de:

Yo entiendo y estoy de acuerdo en pagar un cargo razonable para cubrir los gastos del transfiere. Yo entiendo que el costo va a ser basado en la cantidad de copias de los documentos, la localización de los documentos para hacerlos disponibles y/o para cualquier documento que requiera un proceso especial.

Esta autorización es efectiva ahora y se mantendra efectiva hasta [fecha:]

Yo entiendo que recibiré una copia de este documento.

Firma: _____ Fecha: _____

___ Padre/Madre _____ Guardián del paciente menor de edad