**8035 Highway 6 North Suite 100**

**Missouri City, Texas 77459**

**P: 832-930-7756 F: 346-816-7630**

 **Kareen J. Smith M.D.**

**Erica K. Lindsay M.D.**

**FORMULARIO DE PUBLICACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS**

Al firmar este formulario, autorizo a Wonderfully Made Pediatrics a solicitar mis registros médicos. Le autorizo a divulgar información médica confidencial sobre mí mediante la publicación de una copia de los registros médicos, o un resumen o narrativa de mi información médica protegida.

Entiendo que puedo negarme a firmar este formulario y solicitar que Wonderfully Made Pediatrics no esté autorizado a solicitar ninguna de mis informaciones médicas. También entiendo que si no quiero que ciertas partes de los registros médicos sean liberadas, puedo notificarles.

Autorizo al proveedor de atención médica a divulgar la información que se solicita específicamente con la **EXCEPTION** de: (por favor inicial junto al artículo que no desea liberación)

**\_\_\_\_\_ Abuso de sustancias \_\_\_\_\_AIDS/VIH, si alguna condición \_\_\_\_\_Psicológica/psiquiátrica si alguna**

**Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Solicitar registros Medios de:

Clínica/Doctor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esta solicitud está pidiendo

**□Registro médico completo □Tarjeta de vacunas □Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Padre/Guardián: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Envíe por fax todos los registros médicos, si los registros médicos son más de 50 páginas por favor envíe un correo a nuestra oficina. Gracias**