



Dr. María Castro

500 Holly Springs Rd Ste. 101 Holly Springs NC 27540

P-919-762-5113

F-919-762-5130

AUTORIZACION DE HISTORIA MÉDICA

RELEASE OF MEDICAL RECORDS AUTHORIZATION FORM

Yo _____ con la presente autorizo a STARLIGHT PEDIATRICS para obtenerla historia médica de los siguientes pacientes:

I (name above) hereby authorize STARLIGHT PEDIATRICS to obtain health records as a transfer for the following patients:

_____	_____	_____
Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento
_____	_____	_____
Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento

Del siguiente doctor y ciudad _____

Teléfono: (_____) _____ - _____ Teléfono / Fax

Por favor incluir los siguientes records (*Please include the following*):

- Historia médica complete (*Complete health record*)
- Rayos X/laboratorios (*Xrays/labs*)
- Historial de Vacunas (*Immunization records*)
- Ultimo examen físico (*Last physical exam*)
- Otros (*Other*): _____

Firma: _____ Relación con el/la Paciente: _____

Nombre completo: _____ Fecha: _____

Teléfono: _____

Esta autorización efectiva en el momento que es firmada. Toda la información será usada solo para intenciones médicas. Starlight sigue todas las normas establecidas por HIPPA para proveedores de la salud.

Please send the records to Starlight Pediatrics at 919-762-5130. If you have any questions please contact our office at 919-762-5113 Thank you

****ATTN STAFF: PLEASE SIGN, DATE, AND RETURN THAT YOU HAVE RECEIVED THIS FAXED REQUEST.**

STAFF NAME: _____ **DATE:** _____