

PEDIATRICARE OF NORTHERN VA, P.C.

8640 Sudley Road, Suite 306
Manassas, VA 20110
Phone: (703) 330-3939 Fax: (703) 331-0959

15195 Heathcote Blvd, Suite 250
Haymarket, VA 20169
Phone: (571) 222-2520 Fax: (703) 754-1561

Autorizacion de Transferencia de Expediente Medico

Nombre Completo (legal): Primer Nombre – M.I. – Apellido		Fecha de Nacimiento	Seguro Social	
Direccion		Ciudad	Estado	Codigo Postal
Numero de Telefono Casa	Numero de Celular			

OR									
<input type="checkbox"/> Yo autorizo a PCNV transferir informacion medica a: <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr><td>Nombre de Facilidad</td></tr> <tr><td>Direccion</td></tr> <tr><td>Ciudad, Estado, Codigo Postal</td></tr> <tr><td>Tele #/Fax #</td></tr> </table>	Nombre de Facilidad	Direccion	Ciudad, Estado, Codigo Postal	Tele #/Fax #	<input type="checkbox"/> Yo autorizo a PCNV solicitar informacion medica de: <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr><td>Nombre de Facilidad</td></tr> <tr><td>Direccion</td></tr> <tr><td>Ciudad, Estado, Codigo Postal</td></tr> <tr><td>Tele #/Fax #</td></tr> </table>	Nombre de Facilidad	Direccion	Ciudad, Estado, Codigo Postal	Tele #/Fax #
Nombre de Facilidad									
Direccion									
Ciudad, Estado, Codigo Postal									
Tele #/Fax #									
Nombre de Facilidad									
Direccion									
Ciudad, Estado, Codigo Postal									
Tele #/Fax #									

RAZON DE TRANSFERENCIA: (Marque Uno)
 Cambio de Pediatra
 Seguro
 Personal
 Referido a Especialista
 Otro _____

TIPO DE REGISTROS MEDICOS SOLICITADO: (Marque Uno)

- Record de Vacunas
 Todos los registros medicos relacionados a una enfermedad o lesion.

Que tipo de enfermedad/lesion
Fecha de Tratamiento

- Resumen Medico (incluye historia fisica, laboratorio, rayos x. patologia)
 Informacion Especifica (Marque lo que necesite)
 Registro medico del hospital
 Historia & Fisicos
 Terapia Fisica
 Registro de laboratorio
 Registro de Radiografia
 Otros _____
 Copia de todo el registro medico como permite la ley.

Acepto
 No Acepto
 autorizo desglozar informacion relacionada con sida, atencion psiquiatrica y/o psicologica, y tratamiento medico por alcoholismo y/o abuso de drogas.

Entiendo que: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Esta autorizacion es valida por 12 meses desde la fecha firmada. ▪ Se puede cancelar esta autorizacion en cualquier momento con una notificacion escrita, la cual no afectara a ninguna transferencia realizada previa a la notificacion o cancelacion. ▪ Si la persona o entidad que reciba esta informacion medica, no es un profesional de salud o entidad medica. Cubierta por las regulaciones privadas, la informacion solicitada puede ser re transferida. ▪ La ley de Virginia permite un cargo monetario por copia personal o transferencia de expediente medico. Healthport ha sido contratado para proveer este servicio y le cobrara directamente. Es requerido el pago previo para transferir los expedients medicos.

Firma del Paciente (Si es mayor de 18) _____ Fecha _____

Firma del padre/tutor legal (Is es menor de 18) _____ Fecha _____

FEE FOR COPYING PATIENT RECORDS

PediatriCare of Northern VA has contracted with **HealthPort** to process your request for medical records. The “Smart Fee” for this service is:

- *Pages 1-50 = \$0.50 ea page*
 - *Pages 51 & above = \$0.25 ea page (no limit)*
- Plus required postage***
(Code of VA. §8.01-413 applies)

Please allow 5-10 business days for records to be received.

You will receive an invoice from HealthPort
for pre-payment

(1-770-754-6000 Option 1) for services rendered.