

# Solicitud para Transferir los Registros Medicos

Si ninguna de las secciones son incompletos, esta forma puede no ser válido

## Transferir informacion:

A  De  
PediatriCare of Northern VA  
8640 Sudley Rd, Ste 306  
Manassas, VA 20110  
Ph: (703)330-3939  
Fax:  (703)331-0959 (Manassas)  
 (703)754-1561 (Haymarket)

## Transferir informacion:

A  De  
Nombre de Persona o Facilidad: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
Tele: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_

Si le gustaría recibir su registro médico electrónicamente: \_\_\_\_\_

**Razón de los registros de copia:**  Cambiar a un Nuevo Médico Pediátrico  Cambiar al Médico de Adultos

Cita con un especialista  Para un abogado  Personal  Otro(describir): \_\_\_\_\_

## Tipo de Registros Medicos Solicitado:

- Solo record de Vacunas  
 Todo el Registro Medico  
 Los ultimos 2 años (Esta facilidad enviará los últimos 2 años de notas de oficina, laboratorios y registros de inmunización)  
 Fechas Específicas: \_\_\_\_\_  
 Otros: \_\_\_\_\_

**TRANSFERENCIA DE INFORMACION SENSIBLE:** Yo autorizo desglosar informacion relacionada con sida, enfermedad de transmisión sexual, atencion psiquiatrica y/o psicologica, y tratamiento medico por alcoholismo y/o abuso de drogas.

Si o  No

## Nombre Completo (Legal)

## Fecha de Nacimiento

|          |       |
|----------|-------|
| 1. _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ |
| 4. _____ | _____ |
| 5. _____ | _____ |

**Este es un documento legal. Por favor lea cuidadosamente. Al firmar, usted está de acuerdo que usted entiende y acepta los términos de este documento.**

- 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 or entidad medica, cubierta por las regulaciones privadas, la informacion solicitada puede ser re transferida.
- Reconozco conocer los cargos que se me cobrarán por solicitar una copia de mi registro medico. Acepto pagar estos cargos cuando se me brinden los servicios y reciba una facture de HealthPort Technologies.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Escribe tu nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

## El cargo por procesamiento de la solicitud de registros médicos

- ❖ La estado de Virginia permite que se cobre un cargo relacionado con el procesamiento de solicitudes de registros médicos.  
\*CIOX Health ha sido contratado para proveer este servicio y le cobrara directamente.
- ❖ Por favor, no dude en ponerse en contacto con nosotros llamando al (800)367-1500 si tiene alguna pregunta sobre los servicios proporcionados por CIOX Health en nombre del establecimiento medico, o sobre la facture que podría recibir como resultado de su registros medicos.