

Harold Magalnick, M.D.
Nicholas Argyros, M.D.
Jack Herchold, M.D.
Ronald Serbin, M.D.
David Kleiner, M.D.
Luis Arroyo, M.D.
Subir K. Mitra, M.D.
Arun J. Nemivant, M.D.



Pediatrix

In Loving Memory of
Samuel Smith, M.D.

Yvonne M. Funcke, M.D.
Michael B. Magalnick, D.O.
Gina D. Montion, M.D.
Cathy Kelley, PA.-C.
Lisa Drummond, PNP
Cherilyn Jacobson, PA.-C.
Amy Miceli, PA.-C.



"We Care For Kids"

AUTORIZACION PARA OBTENER EXPEDIENTE

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ HIPAA ID# _____

Direccion _____

Cuidad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Telefono Celular _____ Telefono Casa _____

Yo autorizo _____ para enviar todos los registros o documentos medicos por fotocopias.

(Nombre de la compania o persona que recibira los resultados)

Direccion Cuidad Estado/Codigo postal

Yo autorizo que todas las fotocopias de los resultados medicos esten en posesion y control de Pediatrix, sus empleados y aqueutes. *Para el proposito que ellos dispongan esos resultados medicos - Puede incluir toda informacion confidencial HIV relativa informacion (esta definida en A.R.S. seccion 36-661), confidencial informacion sobre enfermedad relativa informacion (esta definida en A.R.S. seccion 36-661), confidencial oboso de drogas o alcohol relativa informacion (esta definida en 42 CFR seccion 2.1 ET SEQ) y confidencial diagnostio de enfennedodoes mentales/informacion de tratamiento.*

Historia medica (marque uno)

- Todo el expediente
- Describa record que necesita (especifique tipo y fecha) _____

Pariente / custodia legal Fecha

Relacion con Paciente

Firma de representante de Pediatrix Fecha
Preparado y transmitido por