



3661 S Miami Ave
Suite 503
Miami, FL 33133
(786) 600-4PEDS (4733)
Fax: (786) 724-4889

AUTHORIZACIÓN PARA SOLICITAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

El presente _____ (paciente, padre, tutor o apoderado
autorizado) solicita y autoriza a:

(Nombre de la Institución)

(Dirección)

(Numero de Teléfono)

(Ciudad, Estado, Código Postal)

(Numero del Fax)

para que facilite mis expedientes medico a:

Marimón Pediatrics
3661 S Miami Ave, Suite 503
Miami, FL 33133

Específicamente, la información de me expediente que pueden utilizar (marcar):

_____ El expediente entero

_____ Solo el historial de vacunas

_____ Informes de radiografías o laboratorios

_____ Registros de emergencias (que días): _____

_____ Todo el expediente relacionado a (especifique): _____

_____ Otra (especifique): _____

Esta autorización se vencerá en la fecha de: _____

(Sin una fecha, la autorización permanecerá en vigor hasta 3 meses a partir de la fecha en que fue
firmada.)

Escribir nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma (paciente, tutor, o apoderado autorizado)

Día