



Burkhart
Pediatric &
Adolescent
Dermatology

(919) 476-1118 | (855) 878-6037

135 Parkway Office Court - Suite 201

Cary, NC 27518

info@burkhartpediatricdermatology.com

www.burkhartpediatricdermatology.com

SOLICITUD DE ENVÍO DE REGISTROS MÉDICOS DEL CONSULTORIO

Número del registro médico: (suministrado por el consultorio) _____

Nombre del paciente: _____ FDN¹: _____

Por medio de la presente, yo, (Nombre) _____ autorizo a

Burkhart Pediatric & Adolescent Dermatology, PLLC a enviar los siguientes documentos:

Todos los registros

Informes de cirugía y operaciones

Informes de patología y laboratorio

Informes de radiología (ecografía, rayos X, resonancia magnética, tomografías computarizadas, etc.)

Notas de consulta

Datos de consultas

Notas sobre procedimientos

Fechas de servicio de los documentos solicitados:

Todas las fechas

Del _____ al _____

Enviar una copia de mis registros médicos a:

Nombre del médico o proveedor: _____

Nombre del consultorio: _____

Dirección: _____

Fax: _____

Nombre del familiar autorizado: _____

Relación con el paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nota: Por razones de seguridad, la clínica Burkhart Pediatric & Adolescent Dermatology, PLLC envía por fax o correo postal los registros médicos solicitados, no por correo electrónico.

El procesamiento de los envíos de registros médicos tarda entre 5 y 7 días.

¹ Fecha de nacimiento