



**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 A LA CLÍNICA  
BURKHART PEDIATRIC & ADOLESCENT DERMATOLOGY, PLLC**

Número del registro médico: (suministrado por el consultorio) \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ FDN<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_

Trabajo \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ a enviar los siguientes documentos:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Todos los registros   | <input type="checkbox"/> Notas de consulta                 |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta  | <input type="checkbox"/> Datos de consultas                |
| <input type="checkbox"/> Registros del hospital  | <input type="checkbox"/> Notas sobre procedimientos        |
| <input type="checkbox"/> Registros del Departamento de Emergencias   | <input type="checkbox"/> Informes de cirugía y operaciones |
| <input type="checkbox"/> Informes de patología y laboratorio   |  |
| <input type="checkbox"/> Informes de radiología (ecografía, rayos X, resonancia magnética, tomografías computarizadas, etc.) |  |

Fechas de servicio de los documentos solicitados:

Todas las fechas

Del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Enviar los documentos a: **Burkhart Pediatric & Adolescent Dermatology**

135 Parkway Office Court, Suite 201

Cary, NC 27518

Phone: (919) 476-1118 | Fax: (855) 878-6037

www.burkhartpediatricdermatology.com

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del familiar autorizado: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma del familiar autorizado: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Fecha de nacimiento