



KATHERINE KRIEG, M.D. * SHARON NOVY, M.D.

1425 W. Elliot Rd., Suite 204 Gilbert, Arizona 85233

Phone: 480-792-1012 Fax: 480-792-1013



A padre/madre/tutor/paciente del Hospital Infantil Oasis Pediatría

Autorización divulgar información sanitaria

Por favor, espere entre 24 y 72 horas. para la liberación de la inmunización récords y dos semanas para la divulgación de toda la información sanitaria (a menos que solicitado por un fecha anterior y aprobado por a empleado de Children's Oasis Pediatrics).

Abajo son el cargos para todo cuidado de la salud información eso es solicitado:

Médico Archivos (cualquier información sanitaria) - \$15

Inmunización Solo registros - \$5

Nueva tarjeta de vacunación (tarjeta azul) - \$5

Declaraciones de impuestos - \$10

FMLA - \$20

Franchise postal - costo real - una vez que se preparen los registros, se solicitará el pago.

Tú poder adelantar el arriba cargos por:

- ☐ Solicitando su registros/inmunización información ser enviado directamente a otro proveedor o
- ☐ Iniciar sesión en el web portal e impresión de su registros propios (los registros fiscales y la FMLA no pueden ser (acceso a través del portal web)

Nombre del paciente (Apellido, Nombre): _____

Fecha de nacimiento del paciente (mes/día/año): _____

Esta solicitud y autorización se aplica a (marque todas las opciones que correspondan):

- ☐ Toda la información de salud, a menos que se especifique alguna excepción:

- ☐ Información de salud relacionada con el siguiente tratamiento, afección o fechas:

- ☐ Registro de vacunación únicamente

- ☐ Declaración de impuestos - Especifique el año _____

- ☐ FMLA

Estos archivos voluntad ser entregado por (controlar uno eso aplica):

- ☐ Recoger el teléfono _____

- ☐ Dirección postal _____

- ☐ Número de fax _____ Atención: _____

Al firmar esto, acepto no realizar ningún cambio ni alterar los registros de ninguna manera.

Firma: _____ Fecha: _____ / _____ / _____

Nombre impreso: _____

Relación con el paciente: _____ Teléfono: () _____ - _____