



Rainbow Pediatrics, LLC

Pankaj Sanwal, M.D., F.A.A.P. & Vibha Sanwal, M.D., F.A.A.P.
21141 Sterling Avenue, Unit #1, Georgetown, DE 19947
TEL: (302) 856- 6967 FAX: (302) 855- 0744

1212 Savannah RD, Lewes, DE 19958
TEL: (302) 645-2241 FAX: (302) 645-5079

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR/ OBTENER INFORMACIÓN MÉDICA

Patient Name/*Nombre de paciente*: _____
DOB/*Fecha de Nacimiento*: _____

I, parent/guardian hereby authorize the following doctor/facility:
Yo, padre/tutor legal/ autorizo a la siguiente institucion:

Previous doctor/ *Nombre de doctor/institucion*: _____
Address: *Direccion*: _____
Phone #/ *Numero Telefonico*: _____

To release of all my health information to: *Para que facilite mi expediente medico a:*

Rainbow Pediatrics
21141 Sterling Ave, Suite 1, Georgetown, DE 19947/ 1212 Savannah Rd, Lewes, DE 19958

Description of Information:

- 1) Entire Medical Record

Purpose of release of information:

- 1) Medical treatment and management
- 2) Personal use 3) Legal proceeding

Descripcion de la informacion medica que sera facilitada:

- 1) *Todo el expediente medico*

Propósito de la divulgación de información

- 1) *Tratamiento medico*
- 2) *Uso personal 3) Procedimiento legal*

This authorization will expire in 1 year unless otherwise specified

- 1) I may revoke this authorization any time by notifying Rainbow Pediatrics in writing at: 21141 Sterling Ave, Suite 1, Georgetown, DE 19947
- 2) This authorization is voluntary. I understand that my treatment or payment for services will not be affected if I do not sign this authorization
- 3) I understand that if the organization authorized to receive this information is not a health facility or health plan the information may not be protected by HIPAA

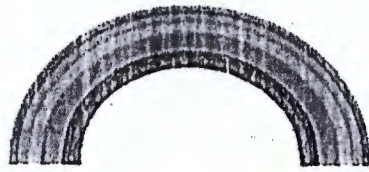
Esta autorizacion expira dentro de 1 año a menos que se especifique lo contrario

- 1) *Yo puedo anular esta autorizacion en cualquier momento , notificando a Rainbow Pediatrics por escrito a: 21141 Sterling Avenue, Ste 1, Georgetown, DE 19947.*
- 2) *Esta autorizacion es voluntaria. Yo entiendo que mi tratamiento o pago por servicios medicos no seran afectados si no firmo esta autorizacion.*
- 3) *Yo entiendo que si la organizacion autorizada para recibir esta informacion no es un centro de salud o plan de seguro medico la informacion podria no ser protegida por HIPAA.*

Parent/guardian signature/*Firma de Paciente/Padre/Tutor legal*: _____

Name/Relationship: *Nombre/Relacion al paciente*: _____

Signature Date/ *Fecha de Firma*: _____



Rainbow Pediatrics

Información del Paciente:

Apellido: _____ Nombre: _____ Sexo: M F
 Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Correo Electrónico: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Vive con: Madre () Padre () Ambos () Guardián Legal () Otro () _____
 Farmacia: _____ Escuela/Guardería: _____

Información de los Padres/Tutor Legal:

Nombre de la Madre: _____
 Fecha de Nacimiento: (M) ____/____/____ Teléfono #: ____/____/____ Teléfono #: ____/____/____
 Dirección: *(Si es diferente que la de arriba)* _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Responsable de Facturas: Si o No

Nombre del Padre: _____
 Fecha de Nacimiento: (P) ____/____/____ Teléfono #: ____/____/____ Teléfono #: ____/____/____
 Dirección: *(Si es diferente que la de arriba)* _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Responsable de Facturas: Si o No

Información de Seguro de Salud:

Seguro Médico: _____ Nombre en la tarjeta: _____
 Numero de Póliza/S.S.: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Numero de Grupo: _____ Copay: \$ _____
 Seguro Médico: _____ Nombre en la tarjeta: _____
 Numero de Póliza/S.S.: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Numero de Grupo: _____ Copay: \$ _____

Relación al paciente: Mismo () Padre () Hijo (a) () Otro () _____

En Caso de Emergencia:

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____ Teléfono: _____
 Nombre: _____ Relación al Paciente: _____ Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____



Rainbow Pediatrics

Patient Information

Last Name: _____ First Name: _____ Sex: M F

Date of Birth: ____/____/____ Pharmacy: _____ School: _____

Address: _____ Email Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Lives with: Mother () Father () Both () Legal Guardian () Other () _____

Parent/Legal Guardian Information:

Mother's Name: _____

Date of Birth: (M) ____/____/____ Telephone #: ____/____/____ Telephone#: ____/____/____

Address: (If different from above) _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Responsible for bills: Yes or No

Father's Name: _____

Date of Birth: (F) ____/____/____ Telephone #: ____/____/____ Telephone#: ____/____/____

Address: (If different from above) _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Responsible for bills: Yes or No

Insurance Information:

Primary Insurance Name: _____ Policyholder Name: _____

Member #/SS#: _____ Date of Birth: ____/____/____

Group Number: _____

Secondary Insurance Name: _____ Policyholder Name: _____

Member #/SS#: _____ Date of Birth: ____/____/____

Group Number: _____ Copay: \$ _____

Relation to patient: Self () Spouse () Child () Other () _____

In Case of Emergency:

Name: _____ Relation to Patient: _____ Telephone: _____

Name: _____ Relation to Patient: _____ Telephone: _____

Signature: _____ Date: _____