



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:*_____