

**WESTERN WAKE PEDIATRICS, P.A.**

**ESTA FORMA DEBERA SER ENVIADA POR CORREO O POR FAX POR EL  
PACIENTE Y NO POR WESTERN WAKE PEDIATRICS**

**THIS FORM IS TO BE MAILED OR FAXED BY THE PATIENT  
NOT WESTERN WAKE PEDIATRICS**

Michael K. Smith, M.D.  
Marchi V. Lopez-Linus, M.D.  
Robert J. Ferrall, M.D.  
Monica H. Shelton, M.D.  
Sara Tabrizi, M.D.  
Barbara Mathews, M.S., R.N., C.P.N.P.

940 SE Cary Parkway, Suite 200  
Cary, NC 27518  
(919) 859-9991  
Fax (919) 859-6595

**FORMA DE LIBERACION DE ARCHIVOS MEDICOS:  
MEDICAL RECORDS RELEASE FORM:**

Yo autorizo a / I authorize:

\_\_\_\_\_  
Nombre del Practicante / Patient Name

\_\_\_\_\_  
Domicilio (calle y número) / Address (Street & Number)

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado y Código Postal / City, State, Zip Code

Para liberar mis archivos médicos a / Release Records to:

Western Wake Pediatrics

\_\_\_\_\_  
Nombre del Practicante / Practice Name

940 SE Cary Parkway, Suite 200

\_\_\_\_\_  
Domicilio (calle y número) / Address

Cary NC 27518

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado y Código Postal / City, State, Zip Code

**Por favor liberar los archivos de los siguientes paciente(s) / Please release records on the following patient(s):**

1. \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento / Date of Birth \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento / Date of Birth \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento / Date of Birth \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento / Date of Birth \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento / Date of Birth \_\_\_\_\_

Nombre del Padre / Parent's Name: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono / Telephone #: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del responsable / Signature of Responsible Party

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono / Telephone #

\_\_\_\_\_  
Fecha / Date

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Apoderado Legal / Signature of Parent or Legal Guardian

\_\_\_\_\_

Fecha / Date