



Hummingbird Pediatrics Request for Medical Records

2306 N Alexander Dr, Baytown, TX, 77520

Phone-2816287442 Fax-2818377156

Please mail or fax to address or number above

Fecha de Hoy: _____
Nombre de Paciente: _____
D.O.B: ____/____/_____
Padre o Tutor: _____
Domicilio: _____
Cuidad: _____ TX Zip _____
Numero de casa #: _____
Celular #: _____

Yo, _____ por la presente solicitamos obtener/divulgar información médica de:

Nombre de Clinica o Doctor _____

Domicilio _____

Cuidad, Estado y Codigo postal _____

Numero de Oficina # (_____) _____

Numero de Fax # (_____) _____

Please include all the medical records due to patients request for PCP change.

_____/_____/_____
Parent/Guardian Signature Date