



~~S. K. M.D.~~
~~A. G. D.A.B.~~
~~R. P. M.D.~~
~~R. M. D.A.~~

Rajeswari Sonni, M.D., F.A.A.P.
Diplomates American Board of Pediatrics
Medical Director

Fellows American Academy of Pediatrics

MEDICATION RECONCILIATION FORM

I, _____, give consent to
(Name of Parent or guardian)

Heartland Pediatrics of Lake Wales, to access medication history of

(Patient's name)

(Patient date of birth)

(Signature)

(Date)

Yo, _____, doy el consentimiento a
(nombre del padre o encargado)

Heartland Pediatrics de Lake Wales a que tenga acceso al historial de medicamentos de

_____ con la fecha de nacimiento de _____
(nombre del paciente)

(Firma del padre o encargado)

(Fecha)