

Por la presente autorizo :

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Misbah Altaf, M.D. | <input type="checkbox"/> Michael Lepire, M.D. | <input type="checkbox"/> Walter Migotto, M.D. | <input type="checkbox"/> Jordan Sennett, M.D. |
| <input type="checkbox"/> Srividya Ariyan, M.D. | <input type="checkbox"/> Theresa Macdissi, PA-C | <input type="checkbox"/> Ali Mojaverian, M.D. | <input type="checkbox"/> Lavanya Varma, M.D. |
| <input type="checkbox"/> Girolamo Arpino, D.O. | <input type="checkbox"/> Mohammad Madantschi, M.D. | <input type="checkbox"/> Robert Orr, D.O. | <input type="checkbox"/> Abdullah Yonan, M.D. |
| <input type="checkbox"/> Edward Au, D.P.M. | <input type="checkbox"/> Mahmoud Mahafzah, M.D. | <input type="checkbox"/> Jose Pierrend, M.D. | <input type="checkbox"/> Gregory Cowan, M.D. |
| <input type="checkbox"/> Heike Hilker, N.P. | <input type="checkbox"/> Deborah Mescher, PA-C | <input type="checkbox"/> | |

Opción 1

para **COPIAR** los registros médicos de:

Opción 2

para **RECIBIR** los registros médicos de:

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Telefono: _____

liberar a: _____

recibir de: _____

Dirección: _____

Telefono: _____

Fax: _____

Quisiera que mis registros fueran enviados por CORREO FAX

3 últimas visitas

Radiología reciente

Laboratorios recientes

Reciente ekg

rango de fechas _____ - _____

otro _____

Entiendo los asuntos discutidos en este formulario. Libero al proveedor, empleados, oficiales y directores, miembros del personal médico y socios comerciales de cualquier responsabilidad legal por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento.

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del testigo (para uso de oficina solamente)

Fecha