AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR EXPEDIENTES MÉDICOS

Instructions / Instrucciones

Complete all applicable sections, check the records to be released, sign and date. / Complete todas las secciones correspondientes, marque los expedientes que desea divulgar, firme y feche.

1. Patient information / Información del paciente

Full name / Nombre completo _____

Date of birth / Fecha de nacimiento _____

Phone / Teléfono _____

Address / Dirección _____

2. Consent / Consentimiento

I hereby give my consent to / Por la presente doy mi consentimiento para
Florida Arthritis Center PL
to release my medical records to / para entregar mis registros médicos a:

Name or Facility/Nombre o establecimiento:_____

Address/Dirección:_____

Phone/Teléfono:_____ Fax:_____

3. Information to be released / Información que se divulgará:

Any and all reports of diagnoses, treatment, prognosis, and recommendations, as well as other data pertinent to treatment during the period / todos y cada uno de los informes sobre diagnósticos, tratamientos, pronósticos y recomendaciones, así como otros datos pertinentes al tratamiento durante el período:

From / Desde: _____ To / Hasta: _____
(Date/Feche) **(Date/Feche)**

Signature/Firma: _____ **Date/Feche:** _____

Florida Arthritis Center
www.flrheum.com

Lake Mary
3070 W. Lake Mary Blvd.
Lake Mary, FL 32746
Office: 407-688-9446
Fax: 407-688-9448

Debary
609 N. Charles Richard Beall Blvd.
Debary, FL 32713
Office: 386-668-1410
Fax: 407-688-9448