

Solicitud de Liberación de Registros

De/A:

Médico Primario: _____

Otro: _____

Yo, _____, por la presente solicito que se liberen mis registros médicos a/de:

Central Florida Rheumatology Consultants, LLC
915 Harley Strickland Blvd
Orange City, FL 32763
Phone: (386) 561-9967
Fax: (844) 815-1446

Esto incluye un informe de mi diagnóstico, tratamiento, pronóstico y recomendaciones, así como cualquier otro dato pertinente a su tratamiento de mí. Solicito que se envíen TODOS mis registros, a menos que se indiquen fechas o pruebas específicas a continuación. Gracias.

- Liberar registros solo para el siguiente período:

Desde: ___/___/___ Hasta: ___/___/___ o Presente

- Sólo se publicarán registros para las siguientes pruebas/informes: (Por favor incluya fechas)

Laboratorios _____ Tomografías computarizadas _____
 Rayos X _____ Última nota de visita _____
 Resonancia Magnética _____ Otro: _____

REASON FOR REQUEST:

Fecha de Solicitud: _____

___ Continuidad de la atención médica/tratamiento ___ A petición del individuo, por favor incluya toda la información sensible.

Nombre impreso del paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____

Número de teléfono del paciente: _____

Entiendo y doy mi permiso para que mis registros sean enviados por facsímil (máquina de fax).

Firma del paciente: _____ Fecha de enviado: ___/___/___