

Los médicos quirúrgicos avanzados

Andrew J. Shapiro, MD, PA

1447 Medical Park Boulevard. Suite 407

Wellington, FL 33414

Teléfono: 561-333-1335 Fax: 561-333-4252

De Registros

Date ___/___/___

Name _____ DOB ___/___/___

Seguridad Social # _____ de _____ de _____

Constancias de: _____

YO, _____ autorizo la liberación de todos los
historiales médicos (oficina para incluir notas, los estudios radiológicos, y patología) en
su posesión, con respecto a mi enfermedad y/o tratamiento durante el período de:

From _____ To _____

A Andrew J. Shapiro, MD o Ashley M. Lankford, MD para el fax o la dirección.

Paciente Signature _____ Date _____

Firma: _____ Date _____