



FAMILY EYE MEDICAL GROUP
4100 Long Beach Boulevard, #108
Long Beach, California 90807-2696
Tel: (562)426-3925; Fax: (562)595-7639

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Fecha:

Por la presente autorizo:

Encargado actual del expediente médico:

Dirección:

Ciudad, Estado, Código Postal:

Número de Teléfono:

Número de Fax:

Proporcionar detalles completos de la atención médica de:

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

Número de Teléfono:

Por favor envíe los registros a:

Nuevo Registrador de Registros Médicos:

Dirección:

Ciudad, Estado, Código Postal:

Número de Teléfono:

Número de Fax:

Nombre

Firma

Relación con el Paciente:

Testigo (si corresponde):