

Solicitud de libertad de Registros Médicos

Nombre del médico anterior: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado Código Postal: _____

Número de teléfono: _____

Número de Fax: _____

La siguiente persona está solicitando que su / sus registros médicos sean liberados
y esperamos a nuestra oficina en la siguiente dirección:

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Por la presente autorizo la liberación de todos los registros médicos a:

**Stephen A Schulman, MD
2501 Scripture St. Ste. 101
Denton, TX 76201-2314
Phone: 940-382-9448
Fax: 940-382-7509**

Firma del Padre o Paciente: _____

Fecha: _____