

Autorización de Divulgación de Registros

Para: _____

Yo, _____
(Escriba en letra su nombre, su fecha de nacimiento y el número de seguro social)

Por la presente solicito que se entreguen mis registros a:

**Palm Beach Cardiology Center
3365 Burns Road, Suite 101
Palm Beach Gardens, Florida 33410
Phone: (561) 775-1061 Fax: (561) 775-1064**

Esto debe incluir mi diagnóstico, tratamiento, pronóstico y recomendaciones, así como otra información para su tratamiento.

Firma: _____

Testigo: _____

Dirección: _____

Fecha: _____

Fecha del tratamiento: _____

Electrocardiograma Notas de progreso Ultrasonido Prueba de estrés
de _____

Resultarios de Laboratorio Radiografía de pecho Doppler eco

Hospital
Para incluir: H & P,
Consultas, Registro de
emergencia, Informes
operativos, Resumen
de alta

Otro: _____