



Miki & Alfonso Hand & Upper Extremity Center

9035 Sunset Drive Suite 203

Miami FL, 33173

Office: (305) 308-0210

Fax: (305) 273-2176

Formulario de solicitud de registro médico del paciente

Espera un mínimo de 5 días hábiles para procesar su solicitud.

He leído y entiendo las siguientes declaraciones:

1. Entiendo que con la publicación de mis registros tendré que presentar una licencia de conducir válida.
2. Entiendo que hay un precio de \$ 1 por página para las primeras 25 páginas y de 25 centavos por cada página subsiguiente. Solamente efectivo.
3. Entiendo que un miembro del personal de Miki & Alfonso Hand & Upper Extremity Center me llamará cuando mis registros estén listos para ser recogidos.

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Teléfono: _____

Esta solicitud y autorización se aplica a

Información relacionada con las siguientes fechas de tratamiento: _____

Toda la información de salud

Motivo de esta solicitud

Firma: _____

Sólo para uso de oficina:

Esta solicitud fue hecha por teléfonos, pero el consentimiento y la firma del paciente pueden obtenerse en el momento de la recolección.

Licencia de conducir verificada

Fecha de recogida: _____ Monto en efectivo recogido: _____