

MEDICAL RELEASE FORM



Nombre del paciente:

Fecha de Nacimiento: Número de teléfono:
D D M M Y Y

Entiendo que esta información de salud puede incluir información relacionada con el VIH y/o información relacionada con el diagnóstico o tratamiento de discapacidades psiquiátricas y/o abuso de sustancias y que, al poner mis iniciales en este formulario, estoy autorizando específicamente liberación de esta información.

Iniciales: _____ Fecha:
D D M M Y Y

Al firmar este formulario, lo autorizó a divulgar información de salud confidencial sobre mí, al divulgar una copia de mis registros médicos o un resumen o narración de mi información de salud protegida, a la(s) persona(s) o entidad que se indica a continuación:

EXCEL Pain and Spine

Teléfono: (813) 701-5804

Fax: (813) 291-7615

Email: documents@excelpainandspine.com or hello@excelpainandspine.com

LOCATIONS:

BRANDON: 414 W Robertson Street Brandon, FL 33511

CLEARWATER: 28050 US HWY 19N Suite 100. Clearwater, FL 33761

DAVENPORT: 2310 North Blvd W Suite A Davenport, FL 33837

ELLENTON: 7032 US-301 North Ellenton, FL 34222

LAKELAND: 1611 Harden Blvd, Lakeland, FL 33803

PORT CHARLOTTE: 18501 Murdock Cir, Suite 101 B, Port Charlotte, FL 33948

SARASOTA: 3333 Clark Rd, Sarasota, FL 34231

ST. PETERSBURG: 2100 1st Ave S. Suite 100 B, St. Petersburg, FL 33712

SUN CITY CENTER: 771 Cypress Village Blvd. Sun City Center, FL 33573

TAMPA: 3218 W Azele Street, Tampa, FL 33609

WAUCHULA: 326 South 6th Ave Wauchula, FL 33873

WESLEY CHAPEL: 26851 Tanic Drive, Suite 102, Wesley Chapel, FL 33544

WINTER HAVEN: 1749 6th Street NW, Winter Haven, FL 33881

Firma del paciente

Fecha:
D D M M Y Y