



4040 US HWY 27 N Suite A
 Sebring, FL. 33870
 863-385-9111
 863-385-9121
 centralflhearing.com
 cfhs@stratomain.net

Registros Médicos Forma de Liberación

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Yo _____, autorizo Central Florida Hearing Services, PLLC para liberar o obtener los registros médicos y toda la información, incluyendo copias de mi evaluación auditiva y las evaluaciones de audición y equilibrio relacionados, notas y información desde o hacia:

Información que se entregará a partir de:

(Nombre, dirección, teléfono y fax Número de la práctica)

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____
 Fax: _____

Información que debe enviarse por fax al: 863-386-9121

Información que se entregará: La información del pertinente (pruebas de audición, el oído acuerdos de compra de la ayuda, Noah registros de montaje, las pruebas de diagnóstico o de equilibrio, etc.)

 Firma del Paciente o Persona Autorizado

 Fecha

 Representante

 Fecha:

 Relación con el Paciente