

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION**

**REQUEST FOR MEDICAL RECORDS TO:**

(Autorización Para Proporcionar Información)

**Fort Lauderdale Eye Institute**

850 S. Pine Island Rd., Suite A100 • Plantation, FL 33324  
Phone: 954-741-5555 • Fax: 954-741-6298

**Fort Lauderdale Retina Institute**

1930 N.E. 47th St., Suite 101, Ft. Lauderdale, FL 33308  
Phone: 954-772-3337 • Fax: 954-772-2033

Keith Skolnick, M.D.

Stuart Burgess, M.D.

Gil Epstein, M.D.

Ilan Epstein, M.D.

Tirso Lara, M.D.

Aliza Epstein, M.D.

Luis Fernandez de Castro, M.D.

Natalia Villate, M.D.

Lisa Galluzzo, O.D.

Other Provider: \_\_\_\_\_ (Otro Proveedor):

Date of Request: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha en que dio consentimiento:

Name of Patient \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

I hereby give my permission to: \_\_\_\_\_

(Yo por este medio doy mi permiso a)

To release a copy of my medical records  All  Specific dates and service – listed below

De remitir unas copias de mi información médica (indique fechas deseadas)

Purpose of disclosure \_\_\_\_\_

Razón para la divulgación

Authorization expires in 1 year or date indicated \_\_\_\_\_

Esta autorización expira en 1 año de firmada o en la fecha indicada

To:  Fort Lauderdale Eye Institute  Fort Lauderdale Retina Institute

Address: 850 S. Pine Island Road, Suite A100

1930 N.E. 47th Street, #101

Dirección:

Plantation, FL 33324

Fort Lauderdale, FL 33308

**For the purpose of Alcohol & HIV patient (only):**

Con el propósito de (Alcohol y HVI solamente)

This is a  single disclosure or  a continuing disclosure for 90 days (check one)

Esta es  una sola autorización o  una autorización continua por 90 días (marque una)

I hereby release the facility from any liability which may arise as a result of the use of the information contained in the records released. (Yo por este medio relevo a esta empresa de cualquier responsabilidad que pueda surgir como resultado del uso de la información contenida en los documentos remitidos).

Signature of Patient \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Firma del paciente:

Fecha

Name of Guardian/Witness \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Firma del guardián o del testigo:

Fecha

**RECEIVE**

FLEI-039