

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF
MEDICAL RECORDS TO BE SENT FROM:**

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS A ENVIAR DESDE:

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 Proveedo):

Date of Request: _____ Fecha de la solicitud

Name of Patient: _____
Nombre del paciente

Date of Birth: _____ / _____ / _____
Fecha de nacimiento

I hereby give my permission to: (Por la presente doy mi permiso para)

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

To release a copy of my medical records All (Todos)

Specific date and services – listed below

Para divulgar una copia de mis registros médicos

Fecha y servicios específicos – enumerados a continuación

Purpose of disclosure: (Finalidad de la divulgación) _____

Authorization expires in 1 year or date indicated _____ / _____ / _____

La autorización expira en 1 año o fecha indicada

Send TO: (Enviar a)

Address: _____

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

Para el propósito de paciente con alcohol y VIH (solamente):

(check one) This is a single disclosure or a continuing disclosure for 1 year

(marque uno) Esta es una divulgación única o una divulgación continua durante 1 año

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. (Por la presente libero a la instalación de cualquier responsabilidad que pueda surgir como resultado del uso de la información contenida en los registros publicados)

Signature of Patient _____ Date _____

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Name of Guardian/Witness _____ Date _____

Nombre del tutor/testigo _____ Fecha _____

SEND

FLEI-040