



**Marwan M. Shaykh, M.D., F.A.C.O.G.**

JACKSONVILLE

3627 University Blvd. South Suite 450.  
Jacksonville, FL 32216  
Ph 904.398.1473

ORLANDO

752 Stirling Center Place #1008  
Lake Mary, FL 32746  
Ph 407.493.7765

**1.800.777.IVF1** • **FAX 904.399.3436** • **[www.assistedfertility.org](http://www.assistedfertility.org)**

Querido Paciente,

Por favor tenga en cuenta que esta será la única copia de sus registros médicos que recibirá sin ningún costo. Si solicita copias adicionales, por favor considere que habrá un cargo de \$1.00 por página por las primeras 25 páginas y luego \$0.25 por cada página adicional.

Adicionalmente, por favor complete la parte de abajo y envíelo por fax o correo postal a mi oficina.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si tiene alguna pregunta, no dude en contactar mi oficina.

Atentamente,

**Marwan Shaykh, M.D.**