



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

SOLICITUD DE DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS

Nombre del paciente _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código postal _____

Teléfono _____ Fax _____

Enviar registros por: Email Fax Recoger en la oficina

Entiendo que estos registros contienen información de otros proveedores de atención médica, así como información de naturaleza administrativa. Doy mi consentimiento específicamente para la divulgación de cualquier información contenida en los registros médicos que pueda estar relacionada con la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el SIDA o afecciones relacionadas.

Nombre del paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ N° del Seguro Social _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Por favor envíen la siguiente información:

_____ Enviar todos mis registros

_____ Información médica, incluidas notas/resúmenes médicos y diagnóstico
resultados para el período desde _____ a _____

_____ Otros: Especifique la información a enviar _____

Gracias por su asistencia.