



3727 N. Goldenrod Rd. Suite 103
Winter Park, FL 32792
407-673-9533 * Fax: 407-673-1442

AUTHORIZATION TO RELEASE BENEFITS INFORMATION

Date / Fecha

I / Yo _____ hereby authorize / por medio de la presente autorizo a:

To release information about my **Medical** and **PIP Policy** to / Suministrar copias de mi **Póliza Médica** y **PIP** a:

Central Florida Pain & Rehab Clinic
3727 N. Goldenrod Rd. Suite 103
Winter Park, Florida 32792
Phone: (407) 673-9533
Fax: (407) 673-1442

I understand that my policy information is confidential and I am waiving that status for the purpose stated.
Entiendo que mi información de póliza es confidencial y que estoy renunciando a esto para el propósito indicado.

Patient Signature / Firma Paciente