



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

MEDICAL RECORDS REQUEST

Date / Fecha

I / Yo _____ hereby authorize (Physician or Facility Name): / por medio de la presente

autorizo a (Nombre del Médico u Hospital o Clínica): _____

Address / Dirección _____

Phone/ Teléfono _____ Fax/ Fax _____

To release photocopies of my medical records to: / Suministrar copias de mi historial medico a:

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

Authorization to release / Autorización para el acceso a:

- All Medical Records / Todo mi Historial Medico
- MRI, CT SCAN and X-RAY Reports / Informes de MRI, CT Scan y Rayos-X
- Initial Evaluation / Evaluación Inicial
- EMG - NCS
- Other / Otros

I understand that my health records may include information relating to sexually transmitted diseases, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), or human immunodeficiency virus (HIV). It may also include information about behavioral or mental health services, and treatment for alcohol and drugs abuse. I understand that my records are privileged and confidential and I am waiving that status for the purpose stated.

Entiendo que mi historial médico puede incluir información referente a enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Pueden también incluir información sobre servicios médicos psiquiátricos, y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas. Entiendo que mis expedientes son privilegiados y confidenciales y que estoy renunciando a esto para el propósito indicado.

Patient Signature / Firma Paciente

DOB / Fecha Nacimiento

Social Security / Seguro Social

NOTES (Use exclusively CFPRC): _____
