



Autorización de Divulgación de Registros

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____

Yo, _____, por la presente autorizo y solicito que se entreguen copias de mis registros médicos por los períodos de _____ a _____ .

_____ Enviar registros de Pacific Eye a otro médico

_____ Solicitar registros de otro médico

_____ Copias de mis registros para mi uso personal

Médico _____

Dirección _____

Ciudad/Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ Fax _____

Enviar registros a:

_____ 816 E Enos Dr Suite A Santa Maria, CA 93454 Ph: 805-346-1717 Fax: 805-346-1525

_____ 3855 Broad Street Suite B San Luis Obispo, CA 93401 Ph: 805-545-8100 Fax: 805-545-8902

_____ 931 Oak Park Blvd Suite 201 Pismo Beach, CA. 93449 Ph: 805-473-6640 Fax: 805-473-5873

_____ 220 Oak Hill Rd Paso Robles, CA 93446 Ph: 805-227-1477 Fax: 805-227-1479

_____ 1111 Ocean Ave Suite 7 Lompoc, CA 93436 Ph: 805-735-3468 Fax: 805-735-6461

_____ Optical Concepts 230 E Betteravia Santa Maria, CA 93454 Ph: 805-925-2645 Fax: 805-925-6556

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____