

SOLICITUD PARA LIBERAR LOS EXPEDIENTES MÉDICOS

Para: _____ Fecha: _____

Autorización del paciente para dar de alta los expedientes médicos y las radiografías:

Nombre del Paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Numero de Seguro Social: ____ - ____ - ____ Fecha de Nacimiento: (Mes/Día/Año) ____ / ____ / ____

Firma del Paciente o Representante Autorizado

Fecha

Si fue firmado por el Representante Autorizado:

Relación al paciente: _____ Edad del Representante Autorizado: _____

Testigo

Fecha

Por favor entregue los expedientes medicos a:

The Orthopaedic Specialists of South Texas

Mark M. Casillas, M.D.
Jeremy L. Dickerson, M.D.
Stacé S. Rust, M.D.

**414 Navarro Street, Suite 1616
San Antonio, TX 78205**

**Phone: 210.224.2655
Fax: 866.644.0889**