



Omer K. Masood, MD
www.DigestiveCareNY.com
30 Newbridge Road • Suite LL1 • East Meadow, NY 11554
10 Medical Plaza • Suite 304 • Glen Cove, NY 11542
Tel: (516) 307-0980 • Fax: (516) 307-0960

SOLICITUD PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre Del Paciete _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

To: _____ Fecha de hoy ___/___/___

Dirección: _____

Esto autorizar y solicitar que envíe información sobre el examen, diagnóstico y tratamiento del paciente antes mencionado. Las siguientes son de especial interés:

- Historia y Examen Físico
- Consultas
- Notas de Progreso
- Informes Operativo / Procedimiento
- Informes Patología
- Otro: _____

Solicitar más información del expediente en relación con:

Periodo de Investigación: _____

Calificación Especial por la autorización limitando paciente:

Firma

Firma en letra