

Consentimiento para Mandar los Expedientes Médicos

Yo, _____ (Apellido, Nombre), autorizo el envío de mis registros médicos de PulmoCrit Associates por fax o reenvío a todos mis médicos tratantes involucrados con mi atención médica.

Fecha de nacimiento: _____

Nombre completo del paciente:

Firma del paciente:

Fecha: