

**FLORIDA RETINA AND VITREOUS CENTER, P.A.**

**Robert J. Kraut, M.D.**

**Baldwin Park**

4624 Halder Lane • Orlando, FL 32814-6435  
407.897.7470 • Fax 407.897.7473

**Ocoee**

1177 Blackwood Avenue • Ocoee, FL 34761-4518  
407.654.8000 • Fax 407.854.8002

---

**SOLICITUD DE LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Solicito que mis registros médicos sean liberados de su oficina:**

Nombre de los medicos: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

*CALLE*

\_\_\_\_\_  
*CIUDAD*

\_\_\_\_\_  
*ESTADO*

\_\_\_\_\_  
*CODIGO POSTAL*

Telefono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

**Por favor, reenvíe mis registros médicos a:**

Nombre de los medicos: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

*CALLE*

\_\_\_\_\_  
*CIUDAD*

\_\_\_\_\_  
*ESTADO*

\_\_\_\_\_  
*CODIGO POSTAL*

Telefono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

