# ENTREGA DE HISTORIA CLÍNICA DE UROLOGY ASSOCIATES A UN MÉDICO EXTERNO

APELLIDO | NOMBRE | IN. 2.° N. | FECHA DE NAC. | NÚM. SEGURO SOCIAL

DOMICILIO | CIUDAD | ESTADO | CÓD. POS.

**AUTORIZO A:**

- ☐ Dr. Michael A. Avallone
- ☐ Dr. Byron P. Dubow
- ☐ Dr. Samuel B. Kieley
- ☐ Dr. Brett D. Lebed
- ☐ M. Aaron Garmendia, Asistente médico certificado
- ☐ Dr. Craig W. Canfield
- ☐ Dr. Christopher W. Johnson
- ☐ Dr. Hugh B. Perkin
- ☐ Jennifer Eckerman, Asistente médico certificado, Maestría en Salud Pública
- ☐ Shermin Rutherford, Asistente médico certificado

**DE:**

☐ 35 Casa Street, Suite 370, San Luis Obispo, CA 93405
Teléfono: 805 541 1111 Fax: 805 544 0834

☐ 1310 Las Tablas Road, Suite 201, Templeton, CA 93465
Teléfono: 805 434 1408 Fax: 805 434 1224

☐ 921 Oak Park Boulevard , Suite 202, Pismo Beach, CA 93449
Teléfono: 805 473 7818 Fax: 805 473 7820

☐ 116 S. Palisades Drive, Suite 110, Santa Maria, CA 93454
Teléfono: 805 349 7133 Fax: 805 349 7137

☐ 1111 E. Ocean Avenue, Suite 3, Lompoc, CA 93436
Teléfono: 805 735 8150 Fax: 805 733 8151

**A ENTREGAR LAS SIGUIENTES HISTORIAS CLÍNICAS O CUALQUIER INFORMACIÓN SOLICITADA:**

**A:**

NOMBRE DE LA PERSONA U ORGANISMO

DOMICILIO | CIUDAD | ESTADO | CÓD. POS.

TELÉFONO | FAX

**ESTA INFORMACIÓN ES PARA EL USO EXCLUSIVO DEL DESTINATARIO MENCIONADO ARRIBA. NO SE PUEDE ENTREGAR A NINGUNA OTRA PERSONA U ORGANISMO SIN EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.**

FIRMA DEL PACIENTE | FECHA

FIRMA DEL TESTIGO | FECHA

CONFIRMACIÓN DE FIRMA | FECHA