

PHONE: (561) 330-4358
FAX: (561) 330-4390
EMAIL: Allegianceosi@gmail.com

101 NW 1ST AVE
SUITE B
DELRAY BEACH, FL 33444

REGISTRO DE AUTHORIZATION

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

ACCT#: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____

YO PRESENTE AUTORIZO Y SOLICITO DIVULGAR MIS REGISTROS
MEDICOS A:

LIBERAR MIS REGISTROS A:

Allegiance Orthopedic and Spine Institute, PLLC

PLEASE FAX BACK TO THE OFFICE BELOW:

Allegiance Orthopedic and Spine Institute, PLLC

101 NW 1ST AVE, SUITE B

DELRAY BEACH FL, 33444