# Formulario de Obtener Registros Médicos

Yo, _____ (Apellido, Nombre), solicito que mis registros médicos incluyan solo las dos últimas visitas al consultorio, resultados de laboratorio, informes de radiología y todos los registros relevantes (si corresponde) a enviarlo a:


**PulmoCrit Associates**

Babak Eshaghian, MD • Sasan Sani, MD • Kasra Sedarati, MD • Keren Fogelfeld, MD

16260 Ventura Blvd., Suite 600, Encino, CA 91436

Fax: (818) 360-3533


---

Fecha de nacimiento del paciente: Firma: Fecha: