Formulario de Obtener Registros Médicos

PulmoCrit Associates • (844) 428-5864 • pulmocrit.com

Yo, _____, solicito que mis registros médicos incluyan sólo las dos últimas visitas al consultorio, los resultados de las pruebas cutáneas, los estudios del sueño, la espirometría, las radiografías / tomografías computarizadas recientes y la hoja de vacunas, y que sean enviados 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:** _____