( ) Dr. Carlos Lara ( ) Dr. Yoany Guia ( ) Dr. Andrew Pogiatzis ( ) Dr. Laura Zambrana-Morales
( ) Dr. Eldere Germain

8599 SW HWY 200 OCALA, FL 34481 Phone: (352) 861-0043 Fax: (352) 861-8750
2760 SE 17th St #400 Ocala, Fl 34471 Phone: (352) 245-1845 Fax: (352) 433-1381

Solicitud de Récord Medico

Patient's Name / Nombre del Paciente:	**DOB / Fecha de Nacimiento:**

I request and authorize Lara Medical & Associates to: / Solicito Y Autorizo Lara Medical & Associates que:

Obtain records from /Obtenga record medico de:
Address/Dirección Postal:
Telephone / Numero de teléfono: **Fax:**

Health care Information relating to the following: Most recent Office Notes, Labs, Imaging Etc./ Información de atención medico más reciente de las Notas de Oficina, Laboratorios, Imágenes, etc.

The release of health information at the request of the patient, by providing this authorization, I understand the following. / La divulgación de salud es a petición del paciente, al proporcionar esta autorización, entiendo lo siguinte:

- I understand that this authorization is voluntary/ Yo entiendo que esta autorización es voluntaria.
- I understand that I may revoke this authorization at any time by notifying provider in writing, but if I do it will not have any effect on uses or disclosures prior to the receipt of the revocation. Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualqier momento con notificar al proveedor en escrito, pero si lo hago , no tendrá ningún efecto en los usos o divulgaciones antes de la recepción de la revocación.
- I understand that the health information to be released may be subject to disclosure by the recipient of the health information and no longer protected by the federal privacy rules.
  Entiendo que la información de salud y ya no estáprotegida por las reglas federales de privacidad.

Yes/Si___ No___ I authorize the release of my sexually transmitted disease and HIV/AIDS results, whether negative or positive, to the person(s) listed above. / Autorizo soltar mis enfermedades de transmission sexual y los resultados del VIH/SIDA, sean negativos o positivos, a la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente. Entiendo que la(s) persona(s) enumerada(s) anteriormente serán notificadas que debo dar permiso especifico por escrito antes de la divulgación de estos resultados de la prueba a cualqier persona.

Yes/ Si____N0___ I authorize the release of any records regarding drug, alcohol, mental health treatment to the person(s) listed above. Autorizo soltar de cualquier registro con respect a drogas, alcohol o tratamiento

Patients Signature/**Firma de paciente**:	Date/**Fecha**