



**HEART & VASCULAR CENTER**  
**OF SOUTH FLORIDA**

Teléfono: (954)362-3426

Fax: (954)362-3432

**Formulario de divulgación de registros médicos**

Fecha: \_\_\_\_\_

De: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Por favor entregue todos los registros a:

Dr. Luis F. Tami, MD, FACC, FSCAI

7777 Davie Road Ext., Suite 100B

Hollywood, Florida 33024

Envíe por fax todas las notas médicas, laboratorios, pruebas de diagnóstico e informes quirúrgicos del paciente que se enumera a continuación.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_