



3727 N. Goldenrod Rd. Suite 103  
Winter Park, FL 32792  
407-673-9533 \* Fax: 407-673-1442

AUTHORIZATION TO RELEASE BENEFITS INFORMATION

\_\_\_\_\_  
Date / Fecha

I / Yo \_\_\_\_\_ hereby authorize / por medio de la presente autorizo a:

-----  
To release Information about my **Medical** and **PIP Policy** to / Suministrar copias de mi **Póliza Médica** y **PIP** a:

Central Florida Pain & Rehab Clinic  
3727 N. Goldenrod Rd. Suite 103  
Winter Park, Florida 32792  
Phone: (407) 673-9533  
Fax: (407) 673-1442

I understand that my policy information is confidential and I am waiving that status for the purpose stated.  
Entiendo que mi información de póliza es confidencial y que estoy renunciando a esto para el propósito indicado.

\_\_\_\_\_  
Patient Signature / Firma Paciente