

JAMES R. WATT, D.O., F.A.A.D.

Dermatology & Dermatologic Surgery
Diplomate, American Board of Dermatology
Fellow, American Academy of Dermatology

216 S. Apopka Avenue • Inverness, FL 34452-4845 352-341-3344 · Fax 352-341-7700

1) NAME:	DOB:
2) I Authorize, Watt Dermatology, Dr. James R	R. Watt; 216A S. Apopka Ave Inverness, FI 34452
3) TO DISCLOSE: TO RECIEVE:	(Circle one)
All Records or Pathology Reports	only Specific:
4) I hereby request that my records be	sent To/ From:
Name of Physician/Office Phone:	Fax:
5)Dates to be disclosed: From:	To:
6) This medical records request will exp signed by patient.	pire exactly twelve months from the date
7)Signature of patient/ Legal rep	Data
Signature of Datient/ Legal [eb	Date

		ing to the second second				
						: *
		in the second				
	<u>.</u> .				•	***
				:		
						•
			· •	6		*
				**		
	.]					
				en e		
됐다. 하시스 등은 하느 등 하는 글에게 없						
					•	
그 그렇게 되는 이 살아 보다 하는 것 같다.						•
	1				:	
				e est de se La companya de se	•	
					•	
					-51	
			• • •	. yeş		
		align teal				* .
	1				s te	. :
					3 +3 T	:
		erit tett og til til flam en. Sen		en gan effektelik i	# 100	
	. I					
		en e	و ان المحموم ا		* 1	
					2.31	
		. *				
말회에 가는 이 일을 받는 그 사람들이				e Santa de Carles de C		a a
		i.				
					e de la casa de la cas La casa de la casa de	
	,					
	Antonio Program		AC WIRE 15.5	oli si Kongresi oli Selegii Gertanos, 116		
				gettera, di	100	
	1					
						•
		••	·	$\label{eq:continuous} \mathcal{A}_{i} = \mathcal{A}_{i} + \mathcal{A}_{i} + \mathcal{A}_{i} + \mathcal{A}_{i}$	•	
		•.				
	1.					
	1					
	1			. •		ing tagan da sa Sangaran da Sangaran d Sangaran da Sangaran da Sa
	1					