



10775 SW 56 St Miami, FL 33175
Phone **(786)360-4219**
Fax (786)360-4217
1435 W 49 Pl Hialeah, FL 33012
Phone **(305)823-5730**
Fax (305)823-5732

Medical Records Release Form (*Formulario de Liberacion de Records Medico*)

By signing this form, I authorize you to release confidential health information about me, by releasing a copy of my medical records, or a summary or narrative of my protected health information, to the physician/person/facility/entity listed below. (*Al firmar este formulario, le autorizo a divulgar información de salud confidencial sobre mí, mediante la divulgación de una copia de mis registros médicos, o un resumen o descripción de mi información de salud protegida, al médico/persona/centro/ entidad que figura a continuación.*)

Patient name (*Nombre del Paciente*): _____

Date of Birth (*Fecha De Nacimiento*): _____

The information you may release subject to this signed release form is as follows:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Complete Records (<i>Record Completo</i>) | <input type="checkbox"/> Progress Notes (<i>Notas de Consulta</i>) |
| <input type="checkbox"/> Care plan (<i>Plan De Cuidado</i>) | <input type="checkbox"/> Radiology Reports (<i>Reportes Radiologico</i>) |
| <input type="checkbox"/> Pathology Reports (<i>Reporte De Patologia</i>) | <input type="checkbox"/> Ultrasound Reports (<i>Reportes de Ultrasonido</i>) |
| <input type="checkbox"/> Hospital Reports (<i>Record Hospitalario</i>) | <input type="checkbox"/> EKG Reports (<i>Reportes de Electrocardiograma</i>) |
| <input type="checkbox"/> History & Physical (<i>Historial y Examen Fisico</i>) | <input type="checkbox"/> Operative Reports (<i>Reportes Operativos</i>) |
| <input type="checkbox"/> Lab Reports (<i>Reporte de Laboratorio</i>) | <input type="checkbox"/> Other (please specify) (<i>Otros (porfavor especifique)</i>) |
| <input type="checkbox"/> Treatment Record (<i>Record de Tratamiento</i>) | |
| <input type="checkbox"/> Medication Record (<i>Record de Medicamento</i>) | |

Release my protected health information to the following physician/person/facility/entity and/or those directly associated in my medical care (*Divulgar mi información de salud protegida al siguiente médico / persona / institución / entidad y / o aquellos directamente asociados en mi cuidado medico*):

Name (*Nombre*): _____

Address (*Direccion*): _____

City; State; Zip Code (*Ciudad; Estado;Codigo Postal*): _____

The purpose/reason for this release of information is as follows (*El propósito / razón de esta liberacion de información es el siguiente*):

Signature (*Firma*): _____