

# Medical Records Release

Publicación de registros médicos



## Authorization to Release Medical Records

Autorización Para Obtener Información Médica

### PATIENT INFORMATION INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Name \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_  
Nombre Fecha de nacimiento  
Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código postal

### RECIPIENT INFORMATION RECIPIENTE DE INFORMACIÓN

Name \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_  
Nombre Título  
Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código postal  
Phone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E Mail \_\_\_\_\_  
Teléfono Facsímil Correo Electrónico

### Please release the following records:

Por favor, libere los siguientes registros

- All medical records  
Todos los registros médicos
- Laboratory results ONLY  
Resultados de laboratorio SOLAMENTE
- X-Ray reports ONLY  
X-Ray informa SOLAMENTE
- Other \_\_\_\_\_  
Otra

### Concerning:

Acerca de:

- Injury  
Lastimadura
- Illness  
Enfermedad
- Accident  
Accidente
- Other \_\_\_\_\_  
Otra

### AUTHORIZATION AUTORIZACIÓN

I authorize the release my medical records as listed on this form

Autorizo la divulgación de mis registros médicos que figuran en este formulario

Signature \_\_\_\_\_ Print Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
firma Nombre impreso Fecha

### Akeso Occupational Health

1620 Fifth Ave, Ste. 200  
San Diego, CA 92101

619.810.8822 P  
619.984.1021 F

E-mail: dtsd@akesomedical.com