

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

444 West 8th Street, Ste. 101-102
National City, CA 91950

Phone : 619. 474. 8666

Fax : 619. 474. 0325

E-mail: customer-care@akesomedical.com