**Medical Release/Notice of Privacy Practices**

**Date:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I give my permission for AuDSLP to release and/or retrieve all medical records. Any medical information sent or retrieved from schools and medical facilities will be used for the sole purpose of providing treatment for the patient.

I have received a copy of AuDSLP Diagnostic & Rehabilitation Notice of Privacy Practices. I understand that AuDSLP Diagnostic & Rehabilitation has the right to change its Notice of Privacy Practices from time to time and I may at any time contact AuDSLP Diagnostic & Rehabilitation to obtain a current copy.

Name (Print): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relationship to Patient: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature of Patient/Guardian: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Autorización Para Relevar Información Médica/Aviso De Las Prácticas De Privacidad**

**Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yó doy mi permiso a AuDSLP a obtener/proveer registros médicos relacionados con mi salud. Cualquier información médica enviada u obtenida de escuelas e instalaciones médicas se usará con el único propósito de proporcionar tratamiento para el paciente. He recibido una copia del aviso de Prácticas de Privacidad de AuDSLP Diagnostic & Rehabilitation. Yo entiendo que AuDSLP Diagnostic & Rehabilitation tiene el derecho de cambiar su aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo contactar a AuDSLP Diagnostic & Rehabilitation en cualquier momento para obtener una copia actualizada del aviso de Prácticas de Privacidad.

Nombre (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente/Representante legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_