



# Twin Pediatrics P.C.

20040 N 19<sup>th</sup> Ave Suite C

Phoenix, AZ 85027

Phone: 623-869-8948 Fax: 623-434-4169

BOARD CERTIFIED PEDIATRICIANS

Louis Trunzo, MD, FAAP

Alisa Kurth MSN, APRN, FNP-C

## AUTHORIZATION TO RELEASE RECORDS /AUTORIZACION PARA SOLICITAR DATOS

( ) TODO EL ARCHIVO ( ) CARTILLA DE VACUNAS ( ) LIBRO DE PAGOS  
ALL RECORDS IMMUNIZATION REC BILLING LEDGER

Patient Name (Nombre Del Paciente): \_\_\_\_\_

Date of Birth (Fecha De Nacimiento): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Phone #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Address (Direccion): \_\_\_\_\_

I hereby authorize the release of Medical records, Immunization records or Billing Ledger concerning the above named patient:

**FROM:**

**TO:**

\_\_\_\_\_  
Name of Entity (Self, Day Care Center, School, Dr's Office, etc) Authorized to send records.

\_\_\_\_\_  
Name of Entity or Person to receive records.

\_\_\_\_\_  
Address

\_\_\_\_\_  
Address

\_\_\_\_\_  
Phone Number

\_\_\_\_\_  
Fax Number

\_\_\_\_\_  
Phone Number

\_\_\_\_\_  
Fax Number

Autorizo la publicación de los registros médicos, registros de vacunas o el libro de facturación en posesión o control de Twin Pediatrics P.C., sus empleados o agentes. PARA EL PROPÓSITO DE ESTO, LOS "REGISTROS MÉDICOS" INCLUIRÁN TODA LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH (COMO SE DEFINE EN LA SECCIÓN 36-661 DEL ARS) INFORMACIÓN RELACIONADA CON ENFERMEDADES COMUNICABLES CONFIDENCIALES (COMO SE DEFINE EN LA SECCIÓN 36-661 DEL ARS), ABUSO DE ALCOHOL O DROGAS - INFORMACIÓN RELACIONADA (COMO SE DEFINE EN 42 CFR SECCIÓN 2.1 ET SEQ Y DIAGNOSTICO DE SALUD MENTAL CONFIDENCIAL / AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO. Entiendo que cuando la información de mi hijo se usa o divulga de conformidad con esta autorización, puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no puede estar protegida por la Regla de privacidad federal HIPPA. Soy consciente de que es importante para mí, como padre / tutor legal, mantener el folleto de registro de vacunación original para mi hijo y traer el folleto para cada visita de control de niño sano. Entiendo y acepto que puedo ser responsable de las siguientes tarifas asociadas con mi solicitud: cargo de copia (costo de suministro, mano de obra y tarifa de envío o fax) relacionado con la reproducción de la información de mi hijo. Una copia por año se considera razonable y se proporcionará (previa solicitud) como cortesía. Cualquier solicitud adicional tendrá un cargo mínimo de \$ 5.00.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Escrito

\_\_\_\_\_  
Parentesco al Paciente

### For office use only

ID Verified: ( ) Y ( ) N

Twin Peds Staff Initials:  
\_\_\_\_\_