

AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL INFORMATION

AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR INFORMACIÓN MÉDICA

Name/Legal Guardian (Nombre/Guardian Legal)	
Address (Direccion)	
Phone Number (Numero de Telefono)	E-mail (Correo Electronico)
Date of Birth (Fecha de Nacimiento)	Last four of Social Security Number (Ultimos 4 Numeros del Social) _____

I hereby authorize Xcel Primary Care, PLLC, to release my entire medical, treatment and diagnostic record to:

Por la presente yo autorizo compartir toda mi informacion medica, tratamienmtos y diagnosticos para:

Person/Organization to Receive Information (Persona/Organizacion para Recibir Informacion)		
Street Address (Direccion)		
City (Ciudad)	State (Estado)	Zip Code (Codigo Postal)
Phone Number (Numero de Telefono)	Fax Number (Numero de Fax)	

Patient's/Legal Guardian Signature
(Paciente o Guardian Legal Firma)

Print Name (Nombre Escrito) _____ Date (Fecha) _____