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) _____**

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

I hereby authorize (Por la presente yo autorizo) _____ to release my entire medical, treatment and diagnostic record to (compartir toda mi informacion medica, tratamiemtos y diagnosticos para): Xcel Primary Care, PLLC, 3517 S Jefferson Street, Falls Church, VA 22041. Phone Number: 703-349-5200. Fax Number: 703-986-3883.

I understand and agree that my health information will be used only by Xcel Primary Care LLC unless subpoenaed by appropriate authorized state or federal agencies. (Entiendo y acepto que mi información médica será utilizada únicamente por Xcel Primary Care, PLLC a menos que sea citado por las agencias estatales o federales autorizadas correspondientes).

_____

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

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