

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, tratamientos y diagnosticos para): Xcel Urgent Care, LLC, 3517 S Jefferson Street, Falls Church, VA 22041. Phone Number : 844-923-5227. Fax Number: 703-986-3883.

I understand and agree that my health information will be used only by Xcel Urgent Care, LLC unless subpoenaed by appropriate authorized state or federal agencies. (Entiendo y acepto que mi información médica será utilizada únicamente por Xcel Urgent Care, LLC 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) _____