

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS/INFORMATION

I hereby authorize Optimum Chiropractic & Health Center, LLC and its appointed representatives to disclose the following information from the healthcare records of:

Por la presente autorizo Optimum Chiropractic & Health Center, LLC y sus representantes designados a revelar la siguiente información de los registros de salud de:

Patient Name _____ Date of Birth _____
 (Nombre del paciente) (Fecha de nacimiento)
 Address _____ Apt # _____
 (Dirección)
 City _____ State _____ Zip _____
 (Ciudad) (Estado) (Codigo)

For the purpose of: *(Para el propósito de:)*

- Moving (*Mudanza*)
- Changing Provider (*Cambio de Proveedor*)
- Second Opinion (*Segunda Opinión*)
- Consultation (*Consulta*)
- Other (*Otra*) _____

The information is to be disclosed to: *(La información ha de ser divulgada a:)*

Business Name _____ Contact Name _____
 (Nombre del Negocio) (Nombre de contacto)
 Address _____ Suite # _____
 (Dirección) (Suite)
 City _____ State _____ Zip _____
 (Ciudad) (Estado) (Codigo)
 Phone Number (____) - _____ Fax Number (____) - _____
 (Número de Teléfono) (Número de Fax)

Special Instructions: *(Instrucciones especiales:)* _____

This authorization is valid for one (1) year from the date signed, unless terminated by me in **writing**. I officially state that I understand the above declaration and do consent to the disclosure of the already mentioned above.

*Esta autorización es válida por un (1) año desde la fecha de su firma, salvo que se resuelva por mí por **escrito**. Oficialmente declaro que comprendo la declaración anterior y doy mi consentimiento para la divulgación de los ya mencionados anteriormente.*

Signature _____ Date _____
 (Firma) (Fecha)