

**AUTHORIZATION FOR REQUEST OF MEDICAL RECORDS/INFORMATION**

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

*Por la presente autorizo Optimum Chiropractic & Health Center, LLC y sus representantes designados a obtener 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 recieved from: (*La información es de ser recibida de:*)

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)