



**MEDICAL RECORDS RELEASE FORM / FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN
DE REGISTROS MÉDICOS**

Patient Information / Información del Paciente

Name / **Nombre:** _____

Date of Birth / **Fecha de nacimiento:** _____

Phone / **Teléfono:** _____

Address / **Dirección:** _____

Records Release (Office Use Only) / **Divulgación de Registros (Uso de Oficina)**

Do NOT complete provider section / **NO complete la sección del proveedor**

FROM Provider/Facility / **DESDE Proveedor/Instalación:** _____

Address / **Dirección:** _____

Phone / **Teléfono:** _____ Fax: _____

TO / PARA: **Harbor Physicians** 2140 Kingsley Ave Suite 1, Orange Park, FL 32073

Phone / **Teléfono:** 904-368-6809 Fax / **Fax:** 904-368-6809

Records to be Released / **Registros a divulgar:**

☐ All / **Todos**

☐ Dates / **Fechas:** _____ to / a _____

☐ Specific / **Específicos:** _____

Purpose / **Propósito:**

☐ Continuity / **Continuidad**

☐ Personal / **Personal**

☐ Legal / **Legal**

☐ Health Insurance / **Seguro Médico**

☐ Other / **Otro** _____

Authorization expires 12 months from signature unless otherwise noted.

La autorización expira 12 meses desde la firma a menos que se indique lo contrario.

Signature / **Firma:** _____

Date / **Fecha:** _____

Representative (if applicable) / **Representante (si aplica):** _____

Relationship / **Relación:** _____