

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION  
AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION MÉDICA

Patient Name: (Nombre del Paciente) \_\_\_\_\_

Patient Phone Number: (Numero del Paciente) \_\_\_\_\_

Date of Birth: (Fecha De Nacimiento) \_\_\_\_\_

Provider to Release Information: (Provider de Informacion Solicitada):

RELEASE RECORDS TO: **Trinity Pediatrics, PC**

**1525 Hunt Club Blvd Ste 600A Gallatin TN 37066**

**Fax: 615-575-1084 Phone: 615-575-1080**

Information Requested (Informacion Solicitada) \_\_\_\_\_

Purpose of Release: Medical Care, Insurance, at the request of the patient

Other. Please Explain: \_\_\_\_\_

Propósito de liberación: Atención medica, seguro, y petición del paciente

Otros. Por Favor Expilce: \_\_\_\_\_

I understand that my medical record may also include information on diagnosis/treatment related to psychiatric or psychological conditions, drug and/or alcohol abuse, acquired immune deficiency syndrome (AIDS) and/or HIV status.

Entiendo que mi expéndete medico también puede incluir información sobre diagnóstico y tratamiento relacionados con condiciones psiquiátrica o psicológicas, abuso de drogas o alcohol, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, (SIDA) y estado de VIH.

**TIME LIMIT (LIMITE DE TIEMPO)**

I understand this authorization may be revoked in writing at any time.

Yo entiendo que esta autorización podrá ser revocada por escrito en cualquier momento.

Signature of Patient or Legal Guardian: (Firma del Paciente o Guardian Legal)

Relationship to Patient (Relacion al Paciente): \_\_\_\_\_

Date: (Fecha): \_\_\_\_\_

Expiration date: (Fecha de Vencimiento) \_\_\_\_\_