



**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION**

Phoenix/Avondale/Laveen  
PLEASE MAIL RECORDS TO:4700 N 51<sup>ST</sup> Ave, Ste 4, Phoenix,AZ 85031  
P: 623-846-7575 \ F: 623-846-3778

Patient's Full Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_  
Last First Middle

I authorize the following organization to release all health care information as stated below to the organization listed:

SEND TO MVP KIDS CARE:

INFORMATION TO BE RELEASED FROM:	INFORMATION TO BE RELEASED TO:
NAME:	<b>MVP KIDS CARE</b>
ADDRESS:	4700 N. 51 <sup>ST</sup> Ave. Ste.4
PHONE:	Phoenix, AZ 85031
FAX:	(P)623-846-7575 (F)623-846-3778

SEND FROM MVP KIDS CARE:

INFORMATION TO BE RELEASED FROM:	INFORMATION TO BE RELEASED TO:
<b>MVP KIDS CARE</b>	NAME:
4700 n. 51 <sup>ST</sup> AVE. STE.4	ADDRESS:
PHOENIX, AZ 85031	PHONE:
	FAX:

**I am requesting** (Circle A or B):

**A.** All medical records for the past 2 years (including immunization records),

OR

**B.** Other (Specify Needed Records): \_\_\_\_\_

**THIS REQUEST APPLIES TO (Circle below):**

- Transferring Care
- Continuity of Medical Care
- Legal Action/Review
- Insurance Requirement
- Other: \_\_\_\_\_

*I understand I may revoke this consent at any time. This consent will automatically expire one (1) year following the date signed, unless I request differently. This authorization releases MVP Kids Care, its staff, employees and/or agents, of any responsibility for information contained in such record release in case of loss or theft from my person, or distress of any type caused to me or others. MVP Kids Care will not be held liable for any misuse or misunderstanding of the information contained herein because of this release. I understand this medical information may include sensitive information such as, treatment for physical and/or emotional illness, communicable disease, alcohol or drug abuse treatment, and/or HIV, AIDS, or AIDS related information. A fee may apply to copies of records.*

Your signature: \_\_\_\_\_ Date signed: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_ Relationship to patient: \_\_\_\_\_



**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Phoenix/Avondale/Laveen

**POR FAVOR ENVIAR TODA LA CORRESPONDENCIA A LA UBICACION PHOENIX  
4700 N 51<sup>st</sup> Ave, Suite 4 \ Phoenix, AZ 85031 \ P: 623-846-7575 \ F: 623-846-3778**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

<b>INFORMACIÓN QUE DEBE PUBLICARSE:</b>	<b>INFORMACIÓN A SER PUBLICADA:</b>
Nombre:	MVP Kids Care
Dirección:	4700 N 51 <sup>st</sup> Ave. Ste.4
Número de Fax:	Phoenix, AZ 85031
Número de Teléfono:	(P) 623-846-7575 (F) 623-846-3778

<b>INFORMACIÓN QUE DEBE PUBLICARSE:</b>	<b>INFORMACIÓN A SER PUBLICADA:</b>
MVP Kids Care	Nombre:
4700 N 51 <sup>st</sup> Ave. Ste.4	Dirección:
Phoenix, AZ 85031	Número de Fax:
(P) 623-846-7575 (F) 623-846-3778	Número de Teléfono:

**Estoy solicitando (seleccione A o B)**

A. Registros medicos de los últimos 2 años (incluidos los registros de inmunización).

O

B. Otro (Por favor especifica): \_\_\_\_\_

**ESTA SOLICITUD SE APLICA A (circule a continuación):**

- Transferencia de atención
- Continuidad de la atención médica.
- Acción legal / revisión
- Requisito de seguro
- Otro: \_\_\_\_\_

**Entiendo que esta información médica puede incluir información confidencial. Autorizo la liberación de**

Toda la información relacionada con el VIH e información relacionada con enfermedades transmisibles (ARS 36-661), Información relacionada con el tratamiento psiquiátrico/psicológico, Información relacionada con abuso físico, abuso sexual, Información relacionada con el abuso de drogas y/o alcohol. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento. Este consentimiento expirará automáticamente un (1) año después de la fecha firmada, a menos que solicite. *Esta autorización libera a MVP Kids Care, su personal, empleados y/o agentes, de cualquier responsabilidad por la información contenida en dicha liberación de registro en caso de pérdida o robo de mi persona, o angustia de cualquier tipo causada a mí u otros. MVP Kids Care no será responsable de ningún mal uso o malentendido de la información contenida en este documento como resultado de esta versión.*

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha firmada: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_