



AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

Phoenix/Avondale/Laveen
PLEASE MAIL RECORDS TO: 4700 N 51ST 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:	MVP KIDS CARE
ADDRESS:	4700 N. 51 ST 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:
MVP KIDS CARE	NAME:
4700 n. 51 ST 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. I understand that, if this information is disclosed to a third party, the information may no longer be protected by the federal privacy regulations and may be re-disclosed by the person or organization that receives the information. I understand the matters discussed on this form. I release the provider, its employees, officers and directors, medical staff members, and business associates information to the extent indicated and authorized herein. 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 51st Ave, Suite 4 \ Phoenix, AZ 85031 \ P: 623-846-7575 \ F: 623-846-3778**

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Número de Teléfono: _____

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

INFORMACIÓN QUE DEBE PUBLICARSE:	INFORMACIÓN A SER PUBLICADA:
MVP Kids Care	Nombre:
4700 N 51 st 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. Entiendo que, si esta información se divulga a un tercero parte, es posible que la información ya no esté protegida por las reglamentaciones federales de privacidad y puede ser divulgada nuevamente por la persona o organización que recibe la información. Entiendo los asuntos discutidos en este formulario. Libero al proveedor, sus empleados, funcionarios información de directores, miembros del personal médico y socios comerciales en la medida indicada y autorizada en este documento.*

Firma: _____ Fecha firmada: _____

Nombre impreso: _____ Relación con el paciente: _____