

Record Release Authorization

I, _____, date of birth _____, authorize the release of my medical records for the time I was seeing Dr. Udayan Shah at Valley Premier Medical Group to the following party:

Name:

Phone:

Fax:

I authorize this release until _____ (for example 1/31/2022).

I understand that I can revoke this authorization at any time prior to the above expiration date by informing the above party in writing of my desire to revoke the authorization.

Signature

Date

Autorización de liberación de registros

Yo, _____, fecha de nacimiento, _____, autorizo la divulgación de mis registros médicos durante el tiempo que estuve viendo al Dr. Udayan Shah en Valley Premier Medical Group a la siguiente parte:

Nombre:

Teléfono:

Fax:

Autorizo este lanzamiento hasta _____ (por ejemplo 1/31/2022).

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento antes de la fecha de vencimiento anterior informando a la parte anterior por escrito de mi deseo de revocar la autorización.

Firma

Fecha