



# Release of Medical Records

## DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

**PATIENT NAME:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_  
(Nombre del paciente) (Nacimiento)

***Release of Medical Records TO Children's Cardiology Clinic FROM:***  
***Divulgación de registros médicos A la Clínica de Cardiología Infantil DE:***

Name (Nombre): \_\_\_\_\_

Address (dirección): \_\_\_\_\_

Phone (Teléfono): \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

***\*\*\*Please include any cardiology clinic notes, echocardiogram reports, ECG's, cardiac monitor results, genetic test results and EP or Cath lab reports for \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_.***

DATE FROM DATE TO

***Please fax records to 888-494-2369. Call the office at 407-588-0550 if any questions. \*\*\*\****

***Release of Medical Records FROM Children's Cardiology Clinic TO:***  
***Divulgación de registros médicos DE la Clínica de Cardiología Infantil A:***

Name (Nombre): \_\_\_\_\_

Address (dirección): \_\_\_\_\_

Phone (Teléfono): \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Email (Correo electrónico): \_\_\_\_\_

I consent to allow my protected health information to be released as noted above. I understand that this authorization will expire one year from the date it is signed unless I specify otherwise. I understand that there may be a \$25 Medical Records Processing Fee associated with records being forwarded from Children's Cardiology Clinic to another healthcare provider.

Doy mi consentimiento para permitir que mi información de salud protegida sea divulgada como se indicó anteriormente. Entiendo que esta autorización expirará un año a partir de la fecha en que se firme, a menos que especifique lo contrario. Entiendo que puede haber una tarifa de procesamiento de registros médicos de \$25 asociada con los registros que se envían de Children's Cardiology Clinic a otro proveedor de atención médica.

**Patient/Guardian Signature (firma)** \_\_\_\_\_

**Full Name of Guardian (nombre de tutor)** \_\_\_\_\_

**Date (fecha)** \_\_\_\_\_