



**AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL RECORDS**  
**FROM GALATIANS COMMUNITY HEALTH** (formerly A Plus Family Care)  
**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR EXPEDIENTES MÉDICOS DE GALATIANS COMMUNITY HEALTH**

**\*\*Please complete if you have records that need to be sent from GALATIANS COMMUNITY HEALTH to another provider.**

**\*\* Complete si tiene registros que deben enviarse de GALATIANS COMMUNITY HEALTH a otro proveedor.**

**Patient's Name:** \_\_\_\_\_ **Chart:** \_\_\_\_\_  
*Nombre del paciente*

**Patient's Address:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*Dirección del paciente* *Fecha de nacimiento*

**-FROM- GALATIANS COMMUNITY HEALTH** (formerly A Plus Family Care)

**I request & authorize the provider above to release the following health information concerning me:**  
*Solicito y autorizo al proveedor anterior a divulgar la siguiente información médica sobre mí:*

**-TO- Provider Name:** \_\_\_\_\_  
*Nombre del proveedor*

**Address:** \_\_\_\_\_  
*Dirección*

**PHONE#:** \_\_\_\_\_  
*Teléfono#*

**FAX# if known:** \_\_\_\_\_  
*Número de fax si se conoce*

**Send only my records from (Date)** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **to (Date)** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*Enviar solo mis registros de (Fecha) a (Fecha)*

**Send ONLY the following specified records:** \_\_\_\_\_  
*Envía SOLO lo siguiente registros especificados*

**Send ALL MEDICAL RECORDS /** *Enviar TODOS LOS REGISTROS MÉDICOS*

**The purpose of releasing this data shall be / Este propósito de divulgar estos datos será:**

- Continued medical treatment / *tratamiento médico continuado*
- Personal
- Second opinion / *segunda opinión*
- Change of insurance / *cambio de seguro*
- Transfer of care / *transferencia de cuidado*
- Other / *Otro:* \_\_\_\_\_

**I understand that I may revoke this consent at any time except to the extent that action based on this consent has already been taken. This consent will automatically expire after 90 days from the date on which it is signed.**  
*Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas basadas en este consentimiento. Este consentimiento caducará automáticamente después de 90 días a partir de la fecha en que se firme.*

<b>SIGNATURE:</b> (Patient, Parent, Legal Guardian, Legal Custodian or person standing in loco parentis) <b>FIRMA:</b> (Paciente, Padre, tutor legal, custodio legal o persona in loco parentis)	<b>DATE</b> Fecha