

**EL SHADDAI FAMILY CLINIC**

1505 Harroun Ave, Suite C, McKinney TX 75609. Phone 469 252 0101 Fax 469 547 0789

*Authorization for Release of Medical Information*

*(Solicitud y Autorización para obtener información médica)*

To release medical record information from the record of (A entregar el expediente medico de):

Patient/ Paciente (PRINT)

Date of Birth/Fecha de Nacimiento

I authorize: \_\_\_\_\_ Provider/Clinic  
(Yo autorizo)

\_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_ fax

Information or medical records to be released by means of this authorization include the following:  
(La informacion o expediente medico que se remitiran po medio de esta autorizacion incluye siguiente)

- Entire Medical Record/ Expediente Medico Complete
- Office Visit/ Citas de Oficina
- Shot Record/ Expediente de Vacunas
- Labs/ Resultados de Laboratorias
- Other/ Otra \_\_\_\_\_

**Please release the information to:**

El Shaddai Family Clinic- Beena Paul MS RN NP-C  
1505 Harroun Ave Suite C Mckinney TX 75609  
Ph 469 252 0101 Fax 469 547 0789

I understand that my records cannot be disclosed without my written authorization, except as otherwise provided for by law. I also understand that I may revoke this authorization at any time except to the extent that action has been taken in reliance upon it and that in any event this authorization shall expire automatically in one (1) year from date signed. I understand that photocopy or facsimile of this authorization is as valid as the original.

Entiendo que mis expedientes son confidenciales y que no pueden hacerse pulicos sin mis autorizacion por escrito, expect cuando lo autoriza la ley. Asi mismo quedo enerado, que puedo recovar (cancelar) esta autorizacion a cualquier hora a menos de que ya se haya tomado acciono basada en esta informacion, o en el evento, que esta autorizacion haya espirado automaticamente en una anos. Tambien entiendo que una copia fotostatica o facsimile de esta autorizacion es tan valida como el original.

Patient/Parent/Legal Guardian Paciente/Padre Autorizado/Tutor Legal

Signature/Firma

Date/Fecha