

**Authorization to
Release Information to Self**

Patient Name: _____ DOB: _____

Provider Name: _____

What information would you like to be released today?

___ Recent lab work (must have already been reviewed by provider)

___ Medication List

___ Immunizations

___ Recent Office Visit Summary

Date Range: _____

Patient Signature: _____ Date: _____

Employee Name: _____ Employee Signature: _____ Date: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del proveedor: _____

¿Qué información le gustaría que se diera a conocer hoy?

___ Trabajo de laboratorio reciente (ya deben haber sido revisado por el proveedor)

___ Lista de medicamentos

___ Vacunas

___ Nota de visita reciente al consultorio

Rango de fechas: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del empleado: _____ Firma del empleado: _____ Fecha: _____