

**CEB CAPITAL LLC DBA
B-HEALTHY CLINIC**

9150 W Indian School Rd #111B
Phoenix, AZ 85037
PH: 623-247-2300 F:623-201-8276

AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL RECORDS

Patient Name/ Nombre de Paciente _____
SS#/Seguridad Social _____ Date of Birth/ Fecha de Nacimiento _____
Address/ Domicilio _____
City/ Ciudad _____ State/ Estado _____ Zip/Codigo Postal _____
Phone Number/ Numero telefonico () _____ - _____

I hereby authorize/ Yo aqui autorizo:

Name/ Nombre _____
Address/ Domicilio _____
City/ Ciudad _____ State/ Estado _____ Zip/Codigo Postal _____
Phone Number/ Numero telefonico () _____ - _____ Fax () _____ - _____

To release medical records information concerning the above named patient to:
Para divulgar información relativa a los registros médicos del paciente antes mencionado a:

**CEB CAPITAL LLC DBA
B-HEALTHY CLINIC**
9150 W Indian School Rd #111B
Phoenix, AZ 85037
*** please email to bhealthyclinic@hotmail.com**

FOR THE PURPOSE OF:/ PARA EL PROPICITO DE:

___Appointment/ Cita
___Permanent Transfer/ Transferencia Permanente

MEDICAL RECORDS:/ REGISTROS MEDICOS

___Copy of all medical records of treatment received. / Copia de todos los expedientes médicos de tratamiento recibido.
___Copy of medical records covering dates from _____ to _____
Copia de los expedientes médicos que cubren las fechas de _____ a _____
___Other/ Otro _____

I hereby release B-Healthy Medical from any and all responsibility for fulfilling the authorization request for release of medical information. I have given my consent freely, voluntarily, and without coercion.

Por el presente comunicado de B-Healthy Medical de cualquier y toda responsabilidad por el cumplimiento de la solicitud de autorización para la divulgación de información médica . He dado mi consentimiento libre, voluntaria y sin coacción.

Patient Signature/ Firma del paciente

Date/ Fecha

Parent/ guardian/POA/ Padre/ guardian/POA

Date/ Fecha
