

Consent to Release/Exchange of Information
Permiso para la liberación / el intercambio de información

I (Yo), _____ **DOB:** _____,
Please print name/Escriba su nombre fecha de nacimiento

give permission to the [Clinic Name] to release and/or exchange my records pertaining to the
doy mi permisión a la [Nombre de la Clínica] para la liberación y/o el intercambio de mis archivos relacionados

following:
Con lo siguiente:

With the following agency/health care provider:
Con la agencia/el proveedor de atención médica siguiente:

Name/Nombre _____
Address/Dirección _____

I understand that I may withdraw this consent at any time.
Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier tiempo.

Signature/Firma _____
Date/Fecha

Witness Signature/Firma del Testigo _____
Date/Fecha

Expiration Date/Fecha de Expiración