

# MEDICAL RECORDS RELEASE AUTHORIZATION

*"I hereby authorize and request you to please release a complete copy of my medical records to":*  
(*"Por la presente autorizo y solicito que envíe una copia completa de mis registros médicos a":*)

Lakewood Medical Clinic  
11906 Madison Ave.  
Lakewood, Ohio 44107  
P: (440) 809-8450 F: (216) 539-8637

Name of Patient (nombre del paciente): \_\_\_\_\_

Date of Birth (fecha de nacimiento): \_\_\_\_\_

Address (dirección): \_\_\_\_\_

Phone (teléfono): \_\_\_\_\_

Signature of Patient or Patient's Legal Representative (Firma del paciente o representante legal del paciente):

\_\_\_\_\_

Date (fecha): \_\_\_\_\_

Print Your Name if Different from Patient's (Escriba su nombre si es diferente de los pacientes):

\_\_\_\_\_

Relationship to the Patient (Relación con el paciente): \_\_\_\_\_

**First and Last Name of the Physician From Whom You Are Requesting Records (Nombre y apellido del médico del que solicita los registros):**

\_\_\_\_\_

**Address of the Physician (Dirección del medico):**

\_\_\_\_\_

**Phone Number to Physician's Office**  
(**número de teléfono del doctor**):

\_\_\_\_\_

**Fax Number to Physician's Office**  
(**número de fax del doctor**):

\_\_\_\_\_

**PLEASE FAX LAST 3 OFFICE NOTES.  
THANK YOU.**