



Partners In Health Pediatrics
Healthcare for Future Generation

Sonober Umair, MD
Board Certified Pediatrics

Authorization for Release of Medical Information

To: _____ (medical practice), their member and employees:

Telephone _____ Fax _____

I authorize you to release and furnish to Partners In Health Pediatrics all medical records in your possession
Regarding:

_____ **Patient Name** _____ **Date of Birth**

Specify the records to be disclosed (if necessary): _____

Term of Authorization: This Authorization will be deemed effective immediately and shall remain effective for duration of one year from the date of signature below, unless specifically dictated here _____

Revocation: This authorization is subject to written revocation by the patient/ member at any time. Written Revocation will be effective immediately upon receipt, except wherein disclosure has already taken place or would be deemed irrevocable by law.

Re-disclosure; I understand that the recipient may not lawfully further disclosure the Protected Health Information unless another authorization is obtained by me. Disclosure may occur where specifically required by law or permitted by law without my authorization.

Término de autorización: esta autorización se considerará efectiva inmediatamente y permanecerá efectiva para la duración de un año a partir de la fecha de la firma abajo, a menos que específicamente dictadaaqui _____

Revocación: esta autorización está sujeto a unaescrita revocación por parte del paciente / miembros en cualquier momento. Revocación escrita será efectiva inmediatamente después de recibirse, excepto en donde la divulgación ya ha tenido lugar o se considerará irrevocable por la ley.

Re-divulgación; Entiendo que el destinatario puede no legalmente más divulgación la información protegida de salud a menos que otra autorización por mí. Divulgación puede ocurrir donde específicamente requerido por ley o permitido por la ley sin mi autorización.

Patient/Authorized Representative of Patient

Date