

West/Central Location:

1225 E. Cliff Dr, 2-A

El Paso, TX 79902

Ph: 915-598-3338

Fax: 915-598-3339

www.charlespittledpm.com



charlespittle

DPM, PLLC.

Eastside Location:

10500 Vista del Sol Dr, A

El Paso, TX 79925

Ph: 915-598-3338

Fax: 915-598-3339

info@charlespittledpm.com

### Patient Authorization to Release Medical Record

Patient's name: \_\_\_\_\_

Patient's Date of Birth: \_\_\_\_\_ Patient SSN #: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City, State, Zip: \_\_\_\_\_

Telephone #: \_\_\_\_\_ Alternate Phone #: \_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_, do hereby authorize any health care provider or entity who has provided health care to me, or my dependent, to provide the Podiatrist, Doctor, Medical Professional or other entity as designated below, or its authorized representatives, any and all information relevant to me, or my dependent's medical condition, all treatment and billing records, including, but not limited to patient records, medical charts, test results, billing and payment records, insurance correspondence, evaluations, x-rays or other diagnostic tools, prescriptions, progress notes, history and physicals, order sheets, admission forms, laboratory reports, hospital records, incident reports and consultation records, for the purpose of my, or my dependent's, continuing care.

Further, if applicable, I consent to the release of any positive or negative test result for AIDS or HIV infection, antibodies to AIDS, or infection with any other causative agent of AIDS, with the rest of my medical records.

*[Please circle a doctor or write in the information where your information is to be sent]*

Dr. Charles I. Pittle, DPM

Dr. Amy K. Bodart, DPM

Name: \_\_\_\_\_

1225 East Cliff Dr.,2A

1225 East Cliff Dr., 2A

Address: \_\_\_\_\_

El Paso, TX 79902

El Paso, TX 79902

City, State: \_\_\_\_\_

915.598.3338 [phone]

915-598-3338 [phone]

Phone #: \_\_\_\_\_

915.598.3339 [fax]

915-598-3339 [fax]

Fax #: \_\_\_\_\_

**I HEREBY AUTHORIZE THE RELEASE OF MY MEDICAL RECORDS AS PROVIDED ABOVE.**

\_\_\_\_\_  
*Patient's [or Legal Guardian or Authorized Party's] Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date Signed*

\_\_\_\_\_  
*Patient's [or Legal Guardian or Authorized Party's] Printed Name*

West/Central Location:

1225 E. Cliff Dr, 2-A

El Paso, TX 79902

Ph: 915-598-3338

Fax: 915-598-3339

www.charlespittledpm.com



charlespittle

DPM, PLLC.

Eastside Location:

10500 Vista del Sol Dr, A

El Paso, TX 79925

Ph: 915-598-3338

Fax: 915-598-3339

info@charlespittledpm.com

## Autorizacion del Paciente para Liberaion de Expediente Medico

Nombre del Paciente : \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # Seguro Social de Paciente: \_\_\_\_\_

Domicilio:

\_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Codigo Postal: \_\_\_\_\_

# de Telefono: \_\_\_\_\_ Otro # de Telefono: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a cualquier proveedor de salud o medico, que ha proporcionado atención médico para mí, o mi dependiente, para proporcionar al Podiatra, Doctor, Medico Profesional u otra entidad como designado abajo, o sus representantes autorizados, cualquier y toda la informacion relevante para mi , o la consicion medica de mi dependiente, todos los tratamientos y registros de facturacion, incluyendo pero no limitado al expediente medico, resultados de exámenes, registros de facturacion y pagos, correspondencia de aseguranza, evaluaciones, radiografias u otras herramientas diagnosticas, recetas, notas de progreso, fisicos e historial medico, hojas de pedido, formas de admicion, reportes de laboratorio, archivos de hospital, reportes de incidentes y archivos de consulta, para el proposito de mi , o mi dependiente, atencion continuada.

Ademas, si es aplicable, doy mi consentimiento para la liberacion de cualquier resultado de examen ya sea positivo o negativo para la infeccion del VIH o SIDA, anticuerpos para SIDA, o infeccion con cualquier otro agente causante del SIDA, con el resto de mi expediente medico.

[Por favor circule un doctor o escriba la informacion de donde usted quiere que los enviemos]

Dr. Charles I. Pittle, DPM

Dr. Amy K. Bodart, DPM

Name: \_\_\_\_\_

1225 East Cliff Dr.,2A

1225 East Cliff Dr., 2A

Address: \_\_\_\_\_

El Paso, TX 79902

El Paso, TX 79902

City, State: \_\_\_\_\_

915.598.3338 [phone]

915-598-3338 [phone]

Phone #: \_\_\_\_\_

915.598.3339 [fax]

915-598-3339 [fax]

Fax #: \_\_\_\_\_

**YO AUTORIZO QUE DEN LA LIBERACION DE MI EXPEDIENTE MEDICO COMO PROVEIDO ARRIBA.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o Guardian o persona autorizada

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de Paciente en letra de molde (o Guardian o Persona Autorizada)

Updated 12/2017