Trinity Heritage Clinic

2204 Joe Battle Blvd. El Paso TX 79938 Tel:915-300-2276 Fax: 1-866-222-5219

MEDICAL INFORMATION RELEASE FORM

(HIPAA PRIVACY PRACTICES RELEASE FORM)

Name:_____ Date of birth:_____

☐ I authorize the release of information from _____

Including: (circle selection)

All medical records, X-Ray, Labs, STD results, Mental Health records,

Other:_____

And/or examination rendered to me and claims information. This information may be release to:

Trinity Heritage Clinic

Victor Nwiloh, MD, 2004 Joe Battle Blvd Unit 204, El Paso, TX 79938, Tel 915-300-2276, Fax: 866-222-5219

My files may be released to my spouse:_____

Children:_____ Other:_____

This release of information will remain in effect until canceled by patient. I HAVE BEEN GIVEN THE HIPAA PRIVACY INFORMATION BEFORE ANY SERVICES HAVE BEEN RENDERED:

Nombre:_____ Fecha de Nacimiento:_____

Yo autorizo mi informacion medica de _____

Sea enviada al Doctor Nwiloh, Localizado en 2004 Joe Battle Blvd Unit 204, El Paso, Tx 79938, Tel: 915-300-2276,

Fax: 866-222-5219. Favor incluir: todo mi archive medico, resultado de laboratorio, reports sobre mi estado

mental.

Otros:_____

Mi archivo medico puede ser entregado a mi esposa(o):_____

Hijo(a):_____ Otros:_____

Esta autorizacion estara en efecto hasta que sea cancelada por el paciente. TRINITY HERITAGE CLINIC ME A DADO LA OPORTUNIDAD DE LEER LA INFORMACION DE PRIVACIDAD, ANTES DE OBTENER CUALQUIER SERVICIO MEDICO.

Signed:_____ Date:_____

Witness:_____ Date:_____