PATIENT AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION TO THIRD PARTY

PLEASE PRINT PATIENT INFORMATION

MIDDLE:	FIRST NAME:	LAST NAME:

توقيع المريض: _____ التاريخ: _____
Patient Signature: _____ Date: _____

الممثل الشخصي يجب أن يوقع على النموذج إذا كان المريض قاصرًا أو غير قادر على التوقيع بنفسه (
Personal Representative (Personal Representative to sign only if patient is a minor or unable to sign on his/her behalf)

التوقيع: _____ اسم الحرف الواضح: _____
Signature: _____ Print Name: _____

السلطة: _____ رقم الهاتف: _____
Authority: _____ Tel. No: _____

العنوان: _____ التاريخ: _____
Address: _____ Date: _____

212-241-7607	The Mount Sinai Hospital HIM/Medical Records One Gustave L. Levy Place, Box 1111 New York, NY 10029	The Mount Sinai Hospital
718-808-7683	Mount Sinai Queens HIM/Medical Records 30 10-25th Avenue Long Island City, NY 11102	Mount Sinai Queens
	Mount Sinai Beth Israel Health Information Management	Mount Sinai Beth Israel