

AmeriHealth Casualty Services  
1700 MARKET STREET  
7<sup>TH</sup> FLOOR  
PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA 19103



## **Authorization to Release Medical Information**

I hereby authorize any physician, nurse or other health care professional who has attended me, or any hospital at which I have been confined to furnish to AmeriHealth Casualty Services or an authorized representative, any and all information which may be requested regarding my physical or mental condition and treatment rendered therefore and, if necessary, to allow them or any physician appointed by them to examine any x-rays take of me or records regarding my physical or mental condition or treatment.

A photocopy of this instrument may be used instead of the original.

## **La Autorización a Soltar a Informacion Médico**

Por este medio autorizo a cualquier médico, cualquiera enfermera u otro profesional de cuidado de la salud que me ha asistido a mí, o cualquier hospital en el cual he estado recludo para proveer para AmeriHealth Casualty Services o un representante autorizado, cualquier información que puede ser demandado referente a mi condición física o mental y que mi tratamiento dado por esto y, si necesario, a permitirlos a ellos o cualquier médico señalado por ellos a examinar cualquier tome radiografías de mí o los registros estimando mi condición física o mental o el tratamiento.

Una fotocopia de esta forma puede ser usada en lugar del original.

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
La fecha

\_\_\_\_\_  
Employee's Name (Print)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Empleado (la Impresión)

\_\_\_\_\_  
Employee's Signature

\_\_\_\_\_  
Signatura del Empleado

\_\_\_\_\_  
Employee's Date of Birth

\_\_\_\_\_  
Fesha de Nacimiento del Empleado

\_\_\_\_\_  
Employee's Social Security Number

\_\_\_\_\_  
El Numero de Seguro Social del Empleado

\_\_\_\_\_  
Employee's Home/Cell Phone Number

\_\_\_\_\_  
El Número de Teléfono de Casa/Celular del Empleado