



MEDICAL RELEASE AUTHORIZATION

I hereby authorize any physician, hospital, or medical specialist who have treated or examined me in the past, present, or future to provide medical information, opinions, and records to Managed Care Options, Inc..

AUTORIZACION PARA ENTREGA DE ARCHIVOS MEDICOS

For esta autorizo a cualquier medico, hospitales o especialistas medicos que me han examinado o tratado en el pasado, presente o futuro, el proveer con informacion medica, opiniones o archivos a MCO Consultants.

DOUA MOUIN BAY POU YO CHACHE REKO MEDICAL MOUIN

Mouim otorize ninpot dokte, hopital, ou bien docte speciapis kite bam-m tretman, ou bien kite fe-m examin nan tan lontan, kounie-a ou demin kapab bay informacion medical mouim lide ak toute liste lopital mouim ac MCO Consulants.

Signature	Date
Firma	Fech
Signin nou ou _____	Date _____

Print Signature
Ecri nonou
Firma en letra de molde _____

- This or any photostatic copy will be as valid as the original.
- Esta o ocualquier copia fotostatica sera tan valida como la original.
- Poapie sa, ou bien fotocopi sa kapab gin mim inportance kom si cete papie original la.