

PHYSICIAN RECORD RELEASE FORM

I \_\_\_\_\_ hereby authorize my physician, \_\_\_\_\_, to release all applicable and relevant medical information to the Adult Day Health program at Zabota Adult Day Health on behalf of the Division of Medical Assistance so that they may determine my eligibility for Medicaid reimbursement for the Adult Day Health Program.

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Date

FORMULÁRIO DA LIBERAÇÃO DO REGISTRO DO MEDICO

O Participant, \_\_\_\_\_ de I autoriza por este meio meu médico, \_\_\_\_\_, liberar a informação médica toda aplicável e relevante ao programa da saúde do dia do adulto na saúde do dia do adulto de Zabota em nome da divisão do auxílio médico de modo que possam determinar minha elegibilidade para o reembolso de Medicaid para o programa da saúde do dia do adulto.

\_\_\_\_\_  
Nome

\_\_\_\_\_  
Data