

Authorization for Release of Protected Health Information



Autorización para Liberar Información Médica Protegida

To be completed by the Patient or the Patient's Authorized Representative
Esta forma debe ser llenada por el Paciente o su Representante Autorizado

Patient Name <i>Nombre del Paciente</i>		Last <i>Apellido</i>	First <i>Propio</i>	
Birthdate <i>Fecha de Nacimiento</i>			Phone <i>Teléfono</i>	
Address <i>Dirección</i>	Street <i>Calle</i>			
	City <i>Ciudad</i>		State <i>Estado</i>	Zip Code <i>Código postal</i>
Mailing Address <i>Dirección Postal</i>	Street <i>Calle</i>			
	City <i>Ciudad</i>		State <i>Estado</i>	Zip Code <i>Código postal</i>
Request Records From <i>Solicitar registros de</i>	I hereby authorize: <i>Por medio de la presente, yo autorizo a/o</i>			
	<input type="checkbox"/> Family Health Center		<input type="checkbox"/> Name of Physician or Provider <i>Nombre del Médico o Proveedor de Atención Médica</i>	
	Address: <i>Dirección</i>			
	Phone: <i>Teléfono</i>		Fax: <i>Fax</i>	
Release Records To <i>Divulgar registros a</i>	To release my confidential Health information as described below to: <i>De liberar mi información de salud confidencial, tal como descrita abajo, a/o</i>			
	<input type="checkbox"/> Family Health Center		<input type="checkbox"/> Name of Physician or Provider <i>Nombre del Médico o Proveedor de Atención Médica</i>	
	<input type="checkbox"/> Patient or Patient's Authorized Representative <i>Paciente o su Representante Autorizado</i>		Address: <i>Dirección</i>	
	<input type="checkbox"/> Other: <i>Otro</i>		Phone: <i>Teléfono</i>	
	Fax: <i>Fax</i>			
My authorization is for the use and disclosure of the following records <i>Mi autorización es para el uso y divulgación de los siguientes antecedentes</i>				
<input type="checkbox"/> Statements of charges and payments <i>Estado de cuentas y pagos</i>	<input type="checkbox"/> X-Rays, images and labs <i>Rayos X, otras imágenes y análisis</i>			
<input type="checkbox"/> Records of Health Center visits <i>Historial de visitas a la clínica</i>	<input type="checkbox"/> Other: <i>Otro</i>			
<input type="checkbox"/> Dental Records <i>Historial Dental</i>	<input type="checkbox"/> Other: <i>Otro</i>			

Authorization for Release of Protected Health Information



Autorización para Liberar Información Médica Protegida

Initials / Iniciales

Family planning services
Servicios de Planificación Familiar

Drug and/or alcohol treatment
Tratamiento para el abuso de drogas y/o alcohol

Mental Health records
Historial de salud Mental

AIDS/HIV or Sexually Transmitted Infection information
Datos sobre Enfermedades de Transmisión Sexual o del SIDA y VIH

My authorization pertains to information generated on the following date(s) or in the following time period: *Mi autorización se refiere a la información que se generó en las siguientes fechas o en el siguiente periodo de tiempo:*

If a date range is not specified, the most recent six months of records will be released. *Si un rango de fechas no se especifica, los últimos seis meses de antecedentes serán liberados.*

Please release my records in the following manner. *Por favor facilitar mis antecedentes de la siguiente manera:*

Paper copies for pick up
Copias en papel para recoger

Copies by fax:
Copias en papel por fax:

Paper copies by mail
Copias en papel por correo

Electronic format (CD or other media) approved and provided by Family Health Center. *Formato Electrónico (CD u otros medios de comunicación) aprobado y proporcionado por Family Health Center*

My authorization is given freely with the understanding that:

Mi autorización se dio libremente con el entendimiento que

- I may revoke this authorization at any time, except where information has already been released in reliance on my authorization, provided that my revocation is in writing.** *Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto si cuando la información ya fue liberada basándose en mi autorización, siempre y cuando mi revocación sea por escrito.*
- Family Health Center may not condition my treatment on my provision of this authorization.** *Family Health Center no podrá poner bajo condición mi tratamiento en provisión de esta autorización.*
- This authorization is valid for a 90 day period from the date it is signed, or sooner if so specified by me, as indicated.** *Esta autorización es válida por un periodo de 90 días a partir de la fecha que se firmó o antes, si así lo especifique como indicado.*
- A photocopy or fax of this authorization is as valid as the original.** *Una fotocopia o fax de esta autorización es tan válida como la original.*
- Family Health Center, its directors, officers, employees, agents and volunteers are hereby released from any legal responsibility or liability for disclosure of the above information to the extent indicated and authorized herein.** *Family Health Center, sus directores, oficiales, empleados, agentes y voluntarios, por medio de la presente son liberados de cualquier responsabilidad legal o carga por revelar la información como se menciona arriba tal fue indicada y autorizada aquí.*

Signature of Patient or Authorized Representative:

Firma del Paciente o el Representante Autorizado

Date:

Fecha

Printed Name of Patient or Authorized Representative:

Nombre del Paciente o el Representante Autorizado (en letra de molde)

Relationship to Patient:

Parentesco con el Paciente

FOR CLINIC USE ONLY

ÚNICAMENTE PARA EL USO DEL PERSONAL

- Identity of Patient/Authorized Representative was verified at time of records pick up.
 Fees were explained and/or collected

Staff member's initials _____