



AUTHORIZATION TO RELEASE AND OBTAIN MEDICAL RECORDS
AUTORIZACIÓN PARA PROPORCIONAR Y OBTENER EXPEDIENTES MÉDICOS

Today's Date (Fecha de Hoy) _____

Patient Information <i>Información del paciente</i>	Patient Name (Print) _____ <i>Nombre del Paciente</i> Date of Birth ____/____/____ <i>Fecha de Nacimiento</i> Social Security # _____ <i>Numero de Seguro Social</i>	Address (Dirección) _____ _____ Phone # _____ <i>Numero de Teléfono</i> Other # _____ <i>Otro Numero de Teléfono</i>		
	Release From (Petición de): Name _____ <i>Nombre</i> Address (Dirección) _____ _____ Phone # _____ Fax # _____ <i>Teléfono</i> <i>Numero de Fax</i>	Release To (Proporcionar A): Name _____ <i>Nombre</i> Address (Dirección) _____ _____ Phone # _____ Fax # _____ <i>Teléfono</i> <i>Numero de Fax</i>		
Reason for Request (Razón por la petición)				
☐ Changing Clinic <i>Cambio de Clínica</i> ☐ Insurance <i>Seguro Medico</i> ☐ Legal <i>Legal</i> ☐ Personal <i>Personal</i> ☐ Other Reason _____ <i>Otra Razón</i>				
Records Requested <i>Expedientes Solicitados</i>	I authorize the release of the following protected health information. <i>Yo autorizo el ceder de la siguiente información medica protegida.</i> ☐ Entire medical record <i>(Todo el expediente medico)</i> ☐ Immunizations <i>(Vacunas)</i> ☐ Partial medical record <i>(Parte del expediente medico)</i> Specify <i>(Especifique)</i> _____ ☐ Specific Dates of Service <i>(Fechas especificas de servicios)</i> _____ ☐ Other <i>(Otro)</i> _____ In compliance with state and federal laws, that require special permission to release sensitive information, I hereby authorize the release of the following records noted by my initials: <i>En cumplir con las leyes que requieren permiso especial para ceder información privilegiada, yo autorizo que proporcionen los siguientes expedientes notados por mis iniciales:</i> _____ AIDS/HIV _____ Mental Health _____ Psychotherapy Notes _____ Substance Abuse - Tobacco, Alcohol, Drugs _____ Other _____ <i>SIDA o VIH Salud Mental Notas de Psicoterapia Abuso de Sustancias - Tabaco, Alcohol, Drogas Otro</i>			
	I request and authorize the health care provider to release the specified information to the organization, agency or individual named on this request. I understand that the information to be released may include information regarding all conditions including AIDS/HIV, Substance Abuse (tobacco, alcohol, drugs), Mental Health and Confidential Services if specified. I certify, that the information provided on this form is accurate to the best of my knowledge. I understand that this release expires a year from the request date. I understand that I may revoke this release at any time with written authorization. A copy of this authorization may be utilized with the same effectiveness as an original. I understand that the clinic named above will not condition treatment or eligibility for care on my providing this authorization as specified in HIPAA 45 CFR part 164. I understand that the information disclosed by this authorization, except for alcohol and drug abuse may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected by the Health Insurance Portability and Accountability Act and the Privacy Act of 1974. <i>Yo solicito y autorizo al proveedor del cuidado médico que proporcione la información especificada a la organización, agencia o individuo nombrado en esta petición. Entiendo que la información que se va a proporcionar puede incluir la información con respecto a todas las condiciones incluyendo SIDA y VIH, el abuso de la sustancia (tabaco, alcohol, drogas), la salud mental y los servicios confidenciales si se especifica. Yo certifico, que la información proporcionada en esta forma es exacta al mejor de mi conocimiento. Entiendo que esta petición se vence en un año a partir de la fecha de la petición. Entiendo que puedo revocar esta petición en cualquier momento con autorización escrita. Una copia de esta autorización se puede utilizar con la misma eficacia que una original. Entiendo que la clínica nombrada arriba no condicionará el tratamiento o la elegibilidad para el cuidado en mi abastecimiento de esta autorización como es especificado en la ley de HIPAA 45 CFR parte 164. Entiendo que la información proporcionada por esta autorización, a excepción de abuso del alcohol y de la droga puede estar conforme a re-acceso del recipiente y puede no ser protegida por la ley de la portabilidad y de la responsabilidad del seguro médico y la ley de la privacidad de 1974.</i>			
☐ No fee if copies sent directly to another Medical Provider <i>No hay cobro si se mandan las copias directamente al proveedor medico</i> ☐ 25 cents per copy if released directly to parent/guardian <i>25 centavos por copia si se entrega directamente a padres o tutor</i>				
Parent/Guardian Name or Patient if 18 years of age (Print) _____ Relationship to Patient _____ <i>Nombre Escrito de Padres o Tutor o del Paciente si es mayor de 18 años</i> <i>Relación al Paciente</i>				
Signature of Parent/Guardian or Patient if 18 years of age X _____ Date _____ <i>Firma de Padres o Tutor o del Paciente si es mayor de 18 años</i> <i>Fecha</i>				
FOR OFFICE USE ONLY (Solo Para el Uso de la Oficina)				
<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> Information Copied and Sent ☐ Mail ☐ Fax ☐ Parent/Guardian ☐ Other _____ Staff Signature X _____ Title _____ Date Sent _____ </td> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> Information Received ☐ Mail ☐ Fax ☐ Parent/Guardian ☐ Other _____ Staff Signature X _____ Title _____ Date Sent _____ </td> </tr> </table>			Information Copied and Sent ☐ Mail ☐ Fax ☐ Parent/Guardian ☐ Other _____ Staff Signature X _____ Title _____ Date Sent _____	Information Received ☐ Mail ☐ Fax ☐ Parent/Guardian ☐ Other _____ Staff Signature X _____ Title _____ Date Sent _____
Information Copied and Sent ☐ Mail ☐ Fax ☐ Parent/Guardian ☐ Other _____ Staff Signature X _____ Title _____ Date Sent _____	Information Received ☐ Mail ☐ Fax ☐ Parent/Guardian ☐ Other _____ Staff Signature X _____ Title _____ Date Sent _____			