

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS
(AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN de EXPEDIENTES MÉDICOS)

_____/_____/_____
Print Patient's Name/ Imprimir Nombre del Paciente Date of Birth / Fecha de Nacimiento E-mail/ Correo Electrónico

Street Address, City, State, Zip/ Dirección Ciudad, Estado, Código Postal Phone Number/ Número de Teléfono

RELEASE INFORMATION FROM:
(TRANSFERIR INFORMACIÓN DESDE):

RELEASE INFORMATION TO:
(TRANSFERIR INFORMACIÓN A):

Name of Establishment/Person (Nombre de establecimiento/Persona)

Name of Establishment/Person (Nombre de establecimiento/Persona)

Address/ Dirección

Address/ Dirección

City, State, Zip/ Ciudad, Estado, Código Postal

City, State, Zip/ Ciudad, Estado, Código Postal

Phone Number/ Teléfono

Fax Number/ Número de Fax

Phone Number/ Teléfono

Fax Number / Número de Fax

INFORMATION TO BE RELEASED (INFORMACIÓN PARA DIVULGAR):

DATE RANGE: **FROM (DE FECHA)** _____ **TO (A FECHA)** _____

<input type="checkbox"/> ALL RECORDS (EXPEDIENTE MÉDICO COMPLETO) or Specify number of current encounters: _____	<input type="checkbox"/> PATHOLOGY REPORTS (REPORTES De PATOLOGIA) or Specify number of current encounters: _____
<input type="checkbox"/> DISCHARGE SUMMARIES (RESUMENS de ALTA) or Specify number of current encounters: _____	<input type="checkbox"/> HISTORY & PHYSICAL (HISTORIA y FISICO) or Specify number of current encounters: _____
<input type="checkbox"/> EMERGENCY REPORTS (REPORTES de EMERGENCIA) or Specify number of current encounters: _____	<input type="checkbox"/> PROGRESS NOTES (NOTAS de PROGRESO) or Specify number of current encounters: _____
<input type="checkbox"/> LABORATORY REPORTS (REPORTES de LABORATORIO) or Specify number of current encounters: _____	<input type="checkbox"/> OPERATIVE NOTES (NOTAS OPERATIVAS) or Specify number of current encounters: _____
<input type="checkbox"/> RADIOLOGY REPORTS (REPORTES de RADIOLOGIA) or Specify number of current encounters: _____	<input type="checkbox"/> PRENATAL, OB/GYN (HISTORIA PRENATAL, OB/GYN) or Specify number of current encounters: _____
<input type="checkbox"/> ECG/EEG/CARDIAC CATH or Specify number of current encounters: _____	<input type="checkbox"/> OTHER/ OTRO _____

**YOUR INITIALS ARE REQUIRED
IN ORDER TO RELEASE
INFORMATION RELATED TO:**

**SUS INICIALES SON NECESARIAS
PARA DIVULGAR INFORMACIÓN
RELACIONADA A:**

- ____ AIDS/HIV/STD (SIDA/VIH)
- ____ Psychiatric care and/or
psychological assessment (*cuidado
psiquiátrico y/o evaluación
psicológica*)
- ____ Treatment for alcohol and/or drug
abuse (*el tratamiento del alcohol
y/o abuso de drogas*)

PURPOSE OF DISCLOSURE (PROPOSITO DE DIVULGACIÓN):

____ REFERRAL TO SPECIALIST (REFERIDO A ESPECIALISTA) ____ LEGAL INVESTIGATION (INVESTIGACIÓN LEGAL) ____ INSURANCE (ASEGURANZA) ____ TRANSFER OF CARE/ NEW DOCTOR (CAMBIO DE DOCTOR/ TRANSFERIDO)

____ CONTINUITY OF CARE (CONTINUACIÓN DE CUIDADO) ____ DISABILITY DETERMINATION (DETERMINACIÓN de DISABILIDAD) ____ WORKERS COMP (COMP del TRABAJADOR) ____ PERSONAL

OTHER/OTRO (SPECIFY/SPECIFICAR) _____

I hereby authorize disclosure of the health information for the above-named patient. This authorization is valid for 12 months from the date of signature. I understand that I may cancel this request with written notification but that it will not affect any information released prior to notification of cancellation. I understand that the information used or disclosed may be subject to re-disclosure by the person or class of persons or facility receiving it and would then no longer be protected by federal regulations. I understand that the medical provider to whom this authorization is furnished may not condition its treatment of me on whether or not I sign the authorization.

(Por la presente yo autorizo la divulgación de la información de salud del paciente arriba mencionado. Esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de la firma. Yo entiendo que puedo cancelar esta petición por escrito pero que no afectara ninguna información divulgada antes de la notificación de cancelación. Yo entiendo que la información usada o divulgada puede estar sujeta a ser divulgada de nuevo por la persona o categoría de personas o la institución recibéndola y que ya no sería protegida por regulaciones federales. Yo entiendo que el proveedor de servicios médicos a el que esta autorización es proporcionada no puede condicionar mi tratamiento en base si firmo o no la autorización.)

Signature of Patient Parent Guardian Personal Representative
(Firma del Paciente Padre Guardián Representante Personal)

Date/Fecha