



AUTHORIZATION TO RELEASE/REQUEST PROTECTED HEALTH INFORMATION

Name SSN# Date of Birth

I, Authorize: _____ To Release to: _____

This information is to be limited to the following: Date(s) of service: _____

- History and Physical
- Medical Progress Note
- Nursing Notes
- Medication Sheet
- Other (please specify) _____
- The information designated above is intended to include information received from a third party provided the third party has not prohibited re-disclosure.
- Labs/X-Rays/Consultations
- Mental Health Records including psychotherapy notes
- Addictions Records
- Social Service Records

Purpose of Request: At the request of the individual
 Legal
 Sharing with other Health Care Providers as needed
 Other (please specify below)

Release of Special Information: (circle appropriate response and initial if applicable)

I DO / DO NOT authorize to release information pertaining to psychiatric, drug/
or alcohol abuse, sexually transmitted diseases. Initials: _____

I DO / DO NOT authorize to release information pertaining to HIV/AIDS related
testing, diagnosis and/or treatment. Initials: _____

- Individual rights:** I understand the following:
- This request will be processed within 30 days.
 - I need not sign this form to ensure healthcare treatment or payment.
 - I have the right to revoke this authorization at any time.
 - If I revoke this authorization I must do so in writing to the attention of the Medical Record Department at HCH.
 - My right to revoke does not apply to information that has already been released on the basis of this authorization.
 - I understand that information disclosed pursuant to this authorization may be subject to redisclosure by the recipient and no longer protected by the federal rule on privacy.
 - This authorization will expire in 180 days unless revoked or another date otherwise specified.

(Client Signature) (Witness Signature) Date



AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR/SOLICITAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre _____ Numero del seguridad social _____ Nacimiento _____

Yo autorizo: _____ Para liberar a: _____

Esta es la información que se limitan a los siguientes: Fecha de servicio: _____

- Historia y Fisica
- Los avances de la medicina nota
- Las notas de enfermería
- Medicamento hoja
- Otros (especificar) _____
- La información tiene por objeto que incluya la información recibida de terceros siempre que el tercero no ha prohibido la divulgación de información.
- Informe de laboratorio y radiología/consultas
- Registros de salud mental incluyendo notas de psicoterapia
- Registros adicción
- Servicios sociales registros

- Fin de la solicitud:**
- A petición de los interesados
 - Legal
 - Compartir con otros proveedores de cuidado de salud según sea necesario
 - Otros (especificar) _____

Liberación de información especial: (circulo y respuesta inicial)

YO / YO no autorizar a liberar información relativa a psiquiatría, abuso de alcohol o drogas, enfermedades de transmisión sexual. Inicial: _____

YO / YO no autorizar a liberar información relacionada con el VIH/SIDA Relacionada con las pruebas, el diagnostic y/o tratamiento. Inicial: _____

Derechos Individuales: Entiendo lo siguiente:

- Esta solicitud será procesada dentro de un plazo de 30 días.
- No necesito firmar este de tratamiento para mantener la sanidad o el pago.
- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento.
- Si me revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito, ala atención de el Departamento de Expedientes Médicos en HCH.
- Mi derecho a revocar no se aplica a la información que ya ha sido liberado sobre la base de esta autorización.
- Entiendo que la información divulgada en virtud de la presente autorización podrán ser objeto de divulgación por parte del beneficiario y dejará de estar protegido por la norma federal sobre privacidad.
- Esta autorización caducará en un plazo de 180 días a menos que sea revocada o alguna otra fecha indique lo contrario.

(Firma Cliente) (Firma de Witness) Fecha de hoy