

Authorization to Release/Obtain Medical Records

Autorización para el uso o compartir información médica protegida

Name of Patient: _____ Date of Birth: ____/____/____
(Nombre del Paciente) (Fecha de nacimiento)
Previous/Maiden Name: _____ Phone #: (____)_____
(Otros nombres usados/Nombre de soltera) (Teléfono)
Address (Dirección de correo postal): _____

(Street/P.O. Box) (City) (State) (Zip)

Records disclosed FROM (Pedir información médica DE) :	Records disclosed TO (Compartir información médica A) :
_____ Name of Physician / Facility	_____ Name of Physician / Facility
_____ Address	_____ Address
_____ (City) (State) (Zip)	_____ (City) (State) (Zip)
Phone: (____)_____ Fax: (____)_____	Phone: (____)_____ Fax: (____)_____

Please send the following records for this period (Fechas de servicio): _____ to _____

LIMITATIONS: The information to be released is limited to (Solo expedients relacionados con):

- All Medical Records (SJHF's policy is the last 2 years) (Todo mi expediente médico)
 History Progress Notes (Notas de oficina) X-ray/EKG Reports (Radiografías/EKG) Immunizations (Vacunas)
 Laboratory/Pathology Reports (Laboratorios) Physical Exams (Exámenes físicos) GYN Records (Notas gynecológicas)
 Other (Otro – Por favor especifique) _____

SPECIFIC AUTHORIZATIONS: The following information will not be released without your specific authorization by checking the relevant box(es) below (No será divulgada la información notada abajo sin marcar específicamente) :

- I specifically authorize the release of information pertaining to drug and alcohol abuse, diagnosis or treatment. (Información sobre el abuso de drogas y alcohol.) (42 C.F.R. §§ 2.34 and 2.35)
 I specifically authorize the release of information pertaining to mental health diagnosis or treatment. (Información sobre el diagnóstico o tratamiento de una condición mental.) (Welfare and Institutions Code §§ 5328, et seq.)
 I specifically authorize the release of HIV/AIDS test results. (Información sobre análisis de sangre para VIH/SIDA.) (Health and Safety Code §§ 120980(g)).

Expiration Date of Authorization (Fecha de vencimiento de esta autorización):

This authorization is effective through ____/____/____ unless revoked or terminated by the patient or the patient's representative. (Esta autorización se vence ____/____/____ al menos que el paciente o su representante lo suspenda antes de la fecha notada.)
(If no date is indicated, this authorization will expire 12 months after the date of signing this form. Si no se nota una fecha de vencimiento, esta autorización se vence en 12 meses.)

Right to Terminate or Revoke Authorization (Derecho de suspender esta autorización):

You may revoke or terminate this authorization by submitting a written revocation to St. Joseph Heritage Healthcare. You should contact the Office Manager to terminate this authorization.. (Tiene derecho de suspender esta autorización con presentar una carta en escrito a St. Joseph Heritage Healthcare y al supervisor de la oficina médica.)

Potential for Re-Disclosure:

Information that is disclosed under this authorization may be disclosed again by the person or organization to which it is sent. The privacy of this information may not be protected under the federal privacy regulations. (Información divulgada con esta autorización puede ser divulgada de nuevo por la persona u organización a donde mandamos esta información. Es posible que esta infomación no sea protegida por las leyes federales de privacidad.)

Copies of this signed authorization form are considered as valid as the original. Upon request a copy of this form will be given to the patient (Una copia de esta autorizació se considera igual al original. Puede pedir una copia de esta autorización.)

Signature of Patient or Legal Representative (Self / Parent / Guardian) Date Physician Approval