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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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*  **Paper copies by mail**  *Copias en papel por correo* | |  | **Copies by fax:**  *Copias en papel por fax:*  **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*   1. **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.* 2. **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.* 3. **This authorization is valid until revoked by me in writing. /** *Esta autorización es válida hasta que sea revocada por mí por escrito.* 4. **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.* 5. **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. *Staff member’s initials***

**Fees were explained and/or collected**