Authorization for Use or Disclosure of Protected Health Information
(Consentimiento para Usar o Divulgar Información Médica Protegida)

_____	_____/_____/_____	_____/_____/_____
Patient's Name (Nombre del Paciente)	Date of Birth (Fecha de Nacimiento)	Social Security Number (Número de Seguro Social)

Please disclose the following information (Favor de divulgar la siguiente información):

_____ The most recent 2 years of pertinent information – Chart notes, labs, x-rays and special tests
(Información de los más recién dos años – Notas del expediente, laboratorios, rayos-X, y pruebas especiales)

_____ All Medical records
(Todo el expediente)

_____ Specific Information – Please specify: _____
(Información especifica – Sea especifica)

*****The following items must be initialed to be included in the use and/or disclosure of other health information*****

_____ HIV/AIDS related information and/or records

_____ Mental Health Information and/or records

_____ Genetic testing information and/or records

_____ Drug/Alcohol diagnosis, treatment and referral information

Purpose for disclosure – Check one of the following: _____Doctor _____Personal _____Attorney _____Insurance
(Razón para divulgación – Marque uno del siguiente): (Doctor) (Personal) (Abogado) (Seguro)

The following may make these disclosures of my health Information:

_____
Name (or title) and organization (Nombre (o titulo) y agencia)

_____
Address (Dirección) City (Ciudad) State (Estado) Zip (Código Postal)

(____)_____ (____)_____
Phone Number (Número de teléfono) FAX Number (Número de FAX)

These disclosures of my health care information may be made to (Doy autorización para divulgar esta información a):

_____
Name (or title) and organization (Nombre (o titulo) y agencia)

_____
Address (Dirección) City (Ciudad) State (Estado) Zip (Código Postal)

(____)_____ (____)_____
Phone Number (Número de teléfono) FAX Number (Número de FAX)

II. My Rights

I understand I do not have to sign this authorization in order to get health care benefits (treatment, payment or enrollment). However, I do have to sign an authorization form:

1. To take part in a research study; or
2. To receive health care when the purpose is to create health care information for a third party.

I may revoke this authorization in writing. If I did, it would not affect any actions already taken by Family Health Centers based upon this authorization. I may not be able to revoke this authorization if its purpose was to obtain insurance. Two ways to revoke this authorization are:

1. Complete the revocation section at the bottom of your copy of this form. Return the form to the Privacy Officer mentioned at the top of this page.
2. Write a letter to Family Health Centers explaining your desire to revoke the authorization.

Once health care information is disclosed, the person or organization that receives it may re-disclose it. Privacy laws may no longer protect it.

I understand that I have the right to inspect and to obtain a copy of any information disclosed pursuant to this authorization.

II. Mis Derechos

Entiendo que no tengo que firma resta autorización para porder recibir cuidado medico (tratamiento, pago o registro). Sin embargo, si necesito firmar una forma de autorización para:

1. Participar en una investigación; o
2. Recibir cuidado medico cuando el propósito es crear información medica para orta entidad.

Puedo revocar esta autorización por escrito. Si este es el caso, no afectara ninguna acción que haya sido tomada por Centros de Salud Familiar basada en esta autorización. Es posible que no pueda revocar esta autorización si su propósito fuera obtener seguro. Dos maneras de revocar esta autorización son:

1. Completando la sección de revocación en la parte de abajo de su copia de esta forma.
2. Escribiendo una carta a Centros de Salud Familiar explicando s udeseo de revocar esta autorización.

Una vez que información médica ha sid odivulgada, la persona u organización que la recibe podria revelarla nuevamente. Las Leyes de Privacidad no la protegerian.

Entiendo que tengo derecho a inspeccionar y obtener una copia de cualquier información divulgada despues de esta autorización.

_____ _____
Signature (Firma) Date (Fecha)

_____ _____
Printed Name if signed on behalf of the patient (Escriba nombre con letras de molde, si no es paciente) Relationship (Relación con el paciente)

Unless revoked earlier, this authorization will expire 90 days from the date of signing or until (Insert applicable date or event)_____

Esta autorización vence _____

REVOCATION SECTION (SECCION DE REVOCACION)
I hereby revoke this authorization (Yo por est emedio revoco esta autorización) _____ _____
Signature (Firma) Date (Fecha)