



AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION

Date of Service: _____ Time: _____ Loc: _____
 Patient Name: _____ Chart # _____
 Address: _____ City: _____
 Home: (____) _____ Emg: (____) _____
 DOB: ____/____/____ Sex: _____ Age: _____ Act# _____
 Ins. Plan: _____
 (PLACE LABEL HERE)

SECTION 1

I understand that signing or choosing not to sign this form will in no way affect the quality of care I receive at Northeast Valley Health Corporation. I authorize Northeast Valley Health Corporation to release, receive and share the following information for the purpose(s) of diagnosis, treatment and referral by initialing each of the appropriate lines below:

- | | | | |
|---------|----------------------------------|---------|-----------------------------|
| _____ | Entire Medical Record | _____ | HIV Test Result(s) |
| Initial | | Initial | |
| _____ | Hospital Discharge Summary (CCD) | _____ | Substance Use/Abuse History |
| Initial | | Initial | |
| _____ | Other: _____ | _____ | Mental Health Information |
| Initial | Please Specify | Initial | |

Authorization is hereby given to:

To Release Information To:

Agency Name: _____	Agency Name: _____
Address: _____	Address: _____
City, State, Zip Code _____	City, State, Zip Code _____
Phone Number: _____	Phone Number: _____
Fax Number: _____	Fax Number: _____

This authorization is valid for one year from the date it is signed and may be revoked at any time by verbally informing an employee of NEVHC and/or signing the revocation line below. I understand that I may request a copy of this form for my personal records. I understand that information used or disclosed with this authorization may be subject to disclosure by the recipient and may no longer be protected by the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).

Patient/Parent/Guardian Signature: _____ / _____ / _____
Date Signed (mm,dd,yy)

Witness Signature: _____ / _____ / _____
Date Signed (mm,dd,yy)

SECTION 2

Revocation/Cancellation of Release

Print Name: _____

Patient/Parent/Guardian Signature: _____ / _____ / _____
Date Signed (mm,dd,yy)

If cancellation is made via telephone, please note on signature line and print name

Original to Med Record; Copy to Agency; Photocopy provided to Patient/Client upon request



AUTORIZACIÓN PARA OTORGAR INFORMACIÓN

Date of Service: _____	Time: _____	Loc: _____
Patient Name: _____	Chart # _____	
Address: _____	City: _____	
Home: () _____	Emg: () _____	
DOB: ___/___/___	Sex: _____	Age: _____ Act# _____
Ins. Plan: _____		

(PLACE LABEL HERE)

SECCIÓN 1

Entiendo que al escoger firmar o no firmar este documento, no afectará la calidad del cuidado que recibo de Northeast Valley Health Corporation. Yo autorizo a Northeast Valley Health Corporation a otorgar, recibir y compartir la siguiente información para el propósito(s) de diagnóstico, tratamiento y referencia. Por favor ponga sus iniciales en las líneas apropiadas.

_____ Archivo Médico Completo
Inicial

_____ Resúmen de Alta Hospitalaria (CCD)
Inicial

_____ Otro: _____
Inicial

_____ Resultado(s) de mi Prueba de VIH
Inicial

_____ Historia de Uso/Abuso de Substancias
químicas/drogas
Inicial

_____ Historia de Salud Mental
Inicial

Esta autorización es otorgada a:

Para otorgar información a:

Nombre de la Agencia: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____
Número de Teléfono: _____
Número de Fax: _____

Nombre de la Agencia: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____
Número de Teléfono: _____
Número de Fax: _____

Esta autorización es válida por un año a partir de esta fecha y usted tiene el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento notificando verbalmente a un empleado de NEVHC y/o firmando la línea de revocación de abajo. Entiendo que puedo pedir una copia de esta forma para mis archivos personales. Entiendo que la información usada o revelada con esa autorización puede estar sujeta a la divulgación por el beneficiario y no podrán ser protegidos por la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA).

Firma del Paciente/Padre/Apoderado: _____

_____/_____/_____
Fecha de la firma (mes,día,año)

Firma del Testigo: _____

_____/_____/_____
Fecha de la firma (mes,día,año)

SECCIÓN 2

Revocación/Cancelación de Autorización

Imprima el Nombre: _____

Firma del Paciente/Padre/Apoderado: _____

_____/_____/_____
Fecha de la firma (mes,día,año)

Si la cancelación se realiza a través del teléfono, por favor, escríbalo en la línea de la firma así como su nombre

Original al Archivo Médico; Copia a la Agencia; Fotocopia para el Paciente/Cliente si lo solicita