

AUTHORIZATION TO RELEASE HEALTH INFORMATION

This authorization allows the healthcare provider(s) named below to release confidential medical information and records regarding my medical history, illness or injury, consultation, prescriptions, treatment, diagnosis, or prognosis, including x-rays, correspondence and/or medical records by means of mail, fax, or other electronic methods to:

Who will be receiving information	() _____ Phone Number
Mailing Address or E-Mail Address	() _____ Fax Number

I hereby authorize: **ATIGA FAMILY PRACTICE** to release the below indicated medical information:

- () Unlimited (all records, excluding Substance Abuse, Mental Health, HIV Diagnosis/Treatment unless marked below)
- () Limited to the following: _____

I also consent to the specific release of the following records:
Note: Information and records regarding treatment of minors, HIV, psychiatric/mental health conditions, or alcohol/substance abuse have special rules that require specific authorization.

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| () Drug/ Alcohol/Substance Abuse | () HIV/AIDS Diagnosis/Treatment |
| () Psychiatric/Mental Health | () Test results for Genetic Testing |

DURATION: This authorization shall be effective immediately and remain in effect for one year from the date of signature below or until: _____

RESTRICTIONS:
Permissions for future use or disclosure of this medical information is not granted unless another authorization is obtained from me or unless such a disclosure is specifically required or permitted by law.

A photocopy of this facsimile for authorization shall be considered as effective and valid as the original.

I have been advised of my right to receive a copy of this authorization.

Signature of Patient <i>or legal/personal representative</i>	Date	<i>Relationship if other than patient</i>
--	------	---

By checking this box, I agree that I am electronically signing this document.

Patients Name (PRINT)	DOB
-----------------------	-----

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Esta autorización permite que el (los) proveedor(es) de atención médica nombrados a continuación divulguen información médica confidencial y registros con respecto a mi historial médico, enfermedad o lesión, consulta, recetas, tratamiento, diagnóstico o pronóstico, incluidas radiografías, correspondencia y / o registros médicos por medio de correo, fax u otro electrónico métodos para:

Quién va a recibir información

() _____
Número de teléfono

Dirección postal o dirección de correo electrónico

() _____
Número de fax

Por la presente autorizo: **ATIGA FAMILY PRACTICE** para divulgar la siguiente información médica indicada:

- Ilimitado (todos los registros, excluyendo el abuso de sustancias, la salud mental, el diagnóstico/ tratamiento del VIH a menos que se marque a continuación)
- Limitado a lo siguiente: _____

También doy mi consentimiento para la publicación específica de los siguientes registros:

Nota: Información y registros sobre el tratamiento de menores, VIH, condiciones psiquiátricas/de salud mental, o el abuso de alcohol/sustancias tiene reglas especiales que requieren autorización específica.

- Abuso de drogas/alcohol / sustancias Diagnóstico / tratamiento del VIH/SIDA
- Resultados de las pruebas psiquiátricas/de salud mental
- Resultados de las pruebas para pruebas genéticas

DURACIÓN: Esta autorización tendrá efecto inmediato y permanecerá vigente durante un año a partir de la fecha de firma que figura a continuación o hasta: _____

RESTRICCIONES:

Los permisos para el uso futuro o la divulgación de esta información médica no se otorgan a menos que se obtenga otra autorización de mi parte o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

Una fotocopia de este facsímil para su autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.

Se me ha informado de mi derecho a recibir una copia de esta autorización.

Firma del paciente o representante legal/personal

Fecha

Relación si no es el paciente

Nombre del paciente (impreso)

Fecha de nacimiento

Al marcar esta casilla, acepto que estoy firmando electrónicamente este documento.