



AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

1. Patient Information

Name: _____

Date of Birth: _____

Address: _____

Phone: _____

2. Request Records From:

Information to be released from: _____
Name & Address of Facility/Provider

3. Release Records To: Hope Medivan, 1601 Coffee Road, Modesto, California 95355

- Patient at the same address as above
- By Mail
- For Pick-up
- Other (include name, address, phone #) _____

4. Purpose: Patient request Continued Care Attorney Finance Other _____

5. Covering the date(s) of service From _____ To _____

6. Information to be released:

- | | | | | |
|---|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> History and Physical | <input type="checkbox"/> Discharge Summary | <input type="checkbox"/> Operative Notes | <input type="checkbox"/> Progress Notes | <input type="checkbox"/> Home Meds List |
| <input type="checkbox"/> Emergency Report | <input type="checkbox"/> Dismissal Instructions | <input type="checkbox"/> Social History | <input type="checkbox"/> Lab | <input type="checkbox"/> Radiology |
| <input type="checkbox"/> Counselors Summary | <input type="checkbox"/> Psychological Evaluations | <input type="checkbox"/> Consultation | <input type="checkbox"/> Other _____ | |

7. Without my express revocation, this authorization will expire in 180 days from date of signature. A copy or fax of this authorization may be utilized with the same effectiveness as the original unless otherwise noted in writing. A copy of this signed authorization will be provided to the patient.

I understand that if the information in my health record includes information relating to behavioral or mental health services, treatment for alcohol and / or drug abuse, sexually transmitted disease, Hepatitis B or C testing, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), or human immunodeficiency virus (HIV), I agree to its release.
Check one **Yes** **No**

8. Authorization:

- I certify that this request has been made voluntarily and that the information given above is accurate to the best of my knowledge. I understand that I may revoke this authorization at any time by submitting my request in writing, except to the extent that action has already been taken to comply with it.
- I understand that I do not have to sign this authorization. I understand that my treatment or payment for services will not be denied if I do not sign this form.
- I understand the information disclosed by this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer protected by federal privacy laws or regulations.

Patient or legally authorized individual signature

Date

Printed name if signed on behalf of the patient

Relationship
(Parent, legal guardian, personal representative)



AUTORIZACIÓN PARA EL LANZAMIENTO DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

1. Información del Paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

2. Petición de Expedientes de:

Información pedida de: _____

Nombre y dirección de la facilidad/ medico _____

3. Provee los expedientes a: Hope Medivan, 1601 Coffee Road, Modesto, California 95355

Paciente en el mismo sitio indicado arriba Por correo Para llevar

Otro (incluya nombre, Dirección, Teléfono) _____

4. Propósito: Petición paciente Cuidado continuo Abogado Finanzas

Otro _____

5. Fecha (o fechas) de los servicios De _____ A _____

6. Información pedida:

Historia y comprobación Resumen de la descarga Notas operativas Notas de progreso Lista de medicamentos
 Informe de la emergencia Instrucciones del despido Historia social Laboratorio Radiología
 Consejeros sumarios Evaluaciones psicologicas Consulta Otro _____

7. Sin mi revocación expresa, esta autorización expirará en 180 días a partir de la fecha de la firma. Una copia o un fax de esta autorización se puede utilizar con la misma eficacia que la original a menos que se indicare en forma diferente en la escritura. Una copia de esta autorización firmada será proporcionada al paciente.

Entiendo que si la información en mi expediente de salud incluye la información referente a servicios médicos del comportamiento o mentales, tratamiento para el alcohol y/o tenencia ilícita de drogas, sexual - enfermedad transmitida, prueba de la hepatitis B o de C, síndrome adquirido de la inmunodeficiencia (SIDA), o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), convengo su lanzamiento.

Compruebe uno Sí No

8. Autorización:

- Certifico que esta petición se ha hecho voluntariamente y que la información dada arriba es exacta al mejor de mi conocimiento. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento sometiendo mi petición en la escritura, excepto hasta el punto de medidas se hayan tomado ya para conformarse con ellas.
- Entiendo que no tengo que firmar esta autorización. Entiendo que mi tratamiento o pago para los servicios no será negado si no firmo este impreso.
- Entiendo que la información divulgada por esta autorización puede estar conforme al re-acceso del recipiente y protegido no más por leyes o regulaciones federales de la aislamiento.

Firma del paciente o firma del individuo legalmente autorizado

Fecha

Nombre deletreado si está firmado por representante del paciente

Relación
(Padre, guarda legal, representante personal)