

Authorization to Release or Obtain Confidential Information
(Autorización para divulgar u obtener información confidencial)

- Primary Care
 Behavioral Health
 Women's Health
 Healthy Smiles Dental

Patient Name <i>(Nombre del Paciente)</i> :	
Date of Birth <i>(Fecha de Nacimiento)</i>	Social Security No. <i>(Número de Seguro Social)</i>

The purpose for release of information:

(El objetivo de la divulgación de la información mencionada anteriormente es):

- Transfer of Care *(Transferencia de Cuidados)*
 Continuation of Care *(Continuar el cuidado medico)*
 Legal *(Legal)*
 Other *(Otros)* _____

I hereby authorize *(Por la presente autorizo a):*

Name <i>(Nombre)</i>	
Address <i>(Dirección)</i>	
Telephone <i>(Teléfono)</i>	Fax

- Release or Request Confidential Information *(Divulgar u solicitar información confidencial)*
 Discuss Confidential Information *(divulgar información confidencial)*

Name <i>(Nombre)</i>	
Address <i>(Dirección)</i>	
Telephone <i>(Teléfono)</i>	Fax

The following medical records: *(Los siguientes expedients medicos)*

- Medication List *(Lista de medicamentos)*
 Progress Notes *(Notas de progreso)*
 Lab Results *(Resultados de análisis)*
 Psychological Evaluation *(Evaluación psicológica)*
 Diagnosis List *(Lista de diagnósticos)*
- Intake Assessment *(Evaluación Inicial)*
 Diagnostic Reports *(Reporte del diagnóstico)*
 Immunizations *(Registro de vacunas)*
 Appointment List *(Lista de citas)*
 Psychiatric Evaluation *(Evaluación Psiquiátrica)*

Other *(Otros)* _____

Dates of Service: *(de las fechas de servicio)* _____

INITIALS ARE REQUIRED FOR RELEASE OF THE FOLLOWING INFORMATION

Sus iniciales son requeridas para divulgar la siguiente información

	Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) or Human Immunodeficiency Virus (HIV) <i>(Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido [SIDA] o infecciones con el Virus de Inmunodeficiencia Humano)</i>
	Behavioral/Mental Health/Psychotherapy Records <i>(Expedientes Conductuales/Salud Mental/Psicoterapia)</i>
	Treatment for Substance /Alcohol Abuse <i>(Tratamiento de abuso de alcohol o de sustancias)</i>
	Child Abuse and/or Domestic Abuse history <i>(Historial de maltrato infantil y/o violencia doméstica)</i>
	Treatment of STD <i>(Tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual)</i>

I understand this consent is voluntary and that I may revoke this authorization at any time (except to the extent that action based on this consent has already been taken) by written, dated, and signed communication to Shenandoah Valley Medical System, Inc. which does business as Shenandoah Community Health. This consent will expire in one year from the date signed, unless otherwise stated as follows:

(Entiendo que este consentimiento es voluntario y que lo puedo revocar en cualquier momento [excepto a tal punto en que la acción en la cual se basa este consentimiento ya se haya efectuado] por medio de un comunicado escrito, fechado y firmado, dirigido a Shenandoah Valley Medical System, Inc., la cual opera como Shenandoah Community Health. Esta autorización se vence en un año a partir de la fecha de firma, a no ser que se indique lo contrario, de acuerdo a lo siguiente:)

- I understand I may refuse to sign this authorization. If I refuse, the identified records will not be disclosed and my treatment will not be affected by my refusal to sign this authorization.
(Entiendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización. Si lo hago, el historial médico identificado no será divulgado y mi tratamiento no será afectado por mi denegación a firmar esta autorización.)
- I understand that my substance use disorder records are protected under federal law, including the federal regulations governing the confidentiality of substance use disorder patient records, 42 C.F.R. Part 2, and the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (“HIPAA”), 45 C.F.R. Parts 160 and 164, and cannot be disclosed without my written consent unless otherwise provided for by the regulations.
(Entiendo que mis registros de uso de sustancias están protegidos por la ley federal, incluidas las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por uso de sustancias, 42 C.F.R. Parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (“HIPAA”), 45 C.F.R. Partes 160 y 164, y no se puede divulgar sin mi consentimiento por escrito a menos que las regulaciones dispongan lo contrario.)
- Information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer will be protected by the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).
(La información utilizada o divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una subsiguiente divulgación por parte del receptor y ya no estar protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud [HIPAA, por las siglas en inglés de Health Insurance Portability and Accountability Act].
- I am entitled to a copy of this authorization.
(Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.)

Signature of Patient parent, guardian, or legal representative
(Firma del paciente, padre, tutor legal o representante legal)

Date *(Fecha de firma)*

Signature of Provider if Required.