

Authorization to Release Confidential Information
(Autorización para divulgar información confidencial)

Patient Name _____ Date of Birth _____
(Nombre del Paciente) (Fecha de Nacimiento)
Address _____ Telephone _____
(Dirección) (Teléfono)

I hereby authorize
(Por la presente autorizo a)

Name _____ Telephone _____
(Nombre) (Teléfono)
Address _____ Fax _____
(Dirección)

to release information to:
para que divulguen la información con:

Name _____ Telephone _____
(Nombre) (Teléfono)
Address _____ Fax _____
(Dirección)

The following medical records for dates of service:
los siguientes expedientes medicos de las fechas de servicio del:

_____ to _____:

Department:

- Primary Care** *Atención Primaria* **Womens Health** *Salud de Mujeres* **Behavioral Health** *Salud Conductual* **Dental**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medication List (Lista de medicamentos) | <input type="checkbox"/> Diagnosis List (Lista de diagnóstico) |
| <input type="checkbox"/> Diagnostic Reports (Reportes de diagnóstico) | <input type="checkbox"/> Progress Notes (Notas de progreso) |
| <input type="checkbox"/> Lab Results (Resultados de laboratorios) | <input type="checkbox"/> Immunizations (Registro de vacunas) |
| <input type="checkbox"/> Psychological Evaluation (Evaluación psicológica) | <input type="checkbox"/> Appointment List (Lista de las citas) |
| <input type="checkbox"/> Intake Assessment (Evaluación de admisión) | <input type="checkbox"/> Psychiatric Evaluation (Evaluación Psiquiátrica) |

Other:

(Otro) _____

Purpose of Disclosure:

- Transfer of Care**(Transferencia de Cuidados) **Authorization to Discuss**(Autorización para discutir)
 Legal(Legal) **Personal Use**(Uso Personal)
 Continuation of Care(Continuidad de la Atención)

Other:

(Otro) _____

INITIALS ARE REQUIRED FOR RELEASE OF THE FOLLOWING INFORMATION

Sus iniciales son un requisito para que podamos divulgar la siguiente información

_____ AIDS/ HIV or Treatment of STD (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o infecciones con el Virus de Inmunodeficiencia Humana o Tratamiento de Enfermedades de transmisión Sexual)

_____ Mental Health Psychotherapy Records (Salud Mental y expediente Psicoterapéutico)

_____ Treatment for Substance /Alcohol Abuse (Tratamiento por abuso de sustancias/alcohol)

_____ Child Abuse and/or Domestic Abuse history (Historial de maltrato infantil y/o violencia doméstica)

_____ Reproductive Health Care (cuidado de la salud reproductiva)

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 la firma, a no ser que se indique lo contrario, de acuerdo con 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 trastornos por uso de sustancias están protegidos por la ley federal, incluidas las reglamentaciones 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 pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito a menos que las reglamentaciones 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 HIPAA].

- I am entitled to a copy of this authorization.

(Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.)

Signature of Patient *(Firma del paciente)*

Date *(Fecha de firma)*

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

Signature of Witness
(Firma del testigo)

Internal Use Only

Date Processed:

Signature of Staff: