



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

Patient Name (*Nombre del Paciente*): _____ Date of Birth (*Fecha de Nacimiento*): _____

Address (*Dirección*): _____

Last 4 digits SSN (*Últimos 4 Números del Seguro Social*): _____ Phone (*Teléfono*): _____

I hereby authorize:

(Por la presente autorizo a:)

Name (*Nombre*) _____

Address (*Dirección*) _____

Telephone (*Teléfono*) _____ Fax _____

to release to:

(para que divulgue información a:)

Name (*Nombre*) _____

Address (*Dirección*) _____

Telephone (*Teléfono*) _____ Fax _____

the following medical records (*referente al siguiente historial médico*):

- Medication List (*Lista de medicinas*)
- Last Office Note (*Notas de la última cita*)
- Laboratory Results (*Resultados de análisis*)
- Mammogram (*Mamografías*)
- Well Child Visit (*Chequeos de niño sano*)
- Problem Summary List (*Lista resumida de problemas*)
- X-ray/Imaging Reports (*Informes de radiografías/imágenes*)
- Pap Test (*Papanicolaou*)
- Immunization Record (*Registro de vacunas*)
- Consultation Reports (*Informes de consultas*)
- Other (*Otros*) _____

For date(s) of service (only): _____
(*[Solamente] para las siguientes fechas de servicio:*) PLEASE LIST SPECIFIC DATE OR RANGE OF DATES/YEARS
(*POR FAVOR ESPECIFIQUE LA FECHA O LAPSO DE FECHAS/AÑOS*)

I understand that the following medical information requires specific authorization. (INITIALS ARE REQUIRED.)

(Entiendo que la siguiente información médica requiere autorización específica. [ES NECESARIO FIRMAR CON INICIALES])

_____ Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) or Human Immunodeficiency Virus (HIV) infections
(*Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido [SIDA] o infecciones con el Virus de Inmunodeficiencia Humano*)

_____ Behavioral/Mental Health/Psychotherapy Records & Medication
(*Informes y Medicinas relacionadas con Salud Conductual/Mental/Psicoterapia*)

_____ Treatment for alcohol and/or drug abuse
(*Tratamiento de alcoholismo y/o drogadicción*)

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

_____ Treatment of STD
(*Tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual*)

The purpose for release of the above information is:

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

Transfer of Care Legal Other(Specify): _____
Transferencia de Cuidados Legal Otros [especifique]: _____

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.*)
- 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 (*Firma del paciente*)

Date Signed (*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 released: _____ ___pickup ___mail ___faxed

Signature of staff person releasing this information: _____



Shenandoah Valley Medical System, Inc. opera como Shenandoah Community Health.

Esta clínica es beneficiaria del programa Health Center Program, bajo el código 42 USC 254b) y designada como Public Health Service employee bajo el código 42 USC 233(g)-(n).