

Authorization of Release /Request of Information

Autorización para Divulgar / Solicitar Información

Location of protective health Information/Localización de la información de salud protegida:

Name of Entity/Nombre de la Entidad: _____

Address/Dirección : _____

City/Ciudad: _____

State/Estado: _____ **Zip/Código Postal** _____

Date of Service/Fecha del Servicio: _____

Social Security/ID# /Identificación #: _____

Name /Nombre: _____

Address /Dirección: _____

City /Ciudad: _____ **State/Estado:** _____

Zip /Código Postal _____ **Phone /**Teléfono: _____

Date of Birth / Fecha de Nacimiento _____

Sex / Sexo: _____ **Race/Raza:** _____

Marital Status/Estado Civil: _____

I hereby authorize the release of the following health information only to/ Por la presente autorizo la divulgación de la siguiente información únicamente a:

Name of Individual/Entity/Nombre del Individuo/Entidad _____

Address /Dirección _____

City/Ciudad _____

State/Estado _____

Zip/Código Postal _____

Covering the period of Health care from date/Que cubre el periodo de cuidado médico desde fecha _____ **to date/hasta (fecha)** _____.

The purpose of this request or disclosure is/El propósito de esta petición o de la divulgación es: _____

This authorization shall be limited to Health Information pertaining to the following: (✓check if applicable)/

Esta autorización debe ser limitada a la información médica pertinente a lo siguiente: (✓ marque en las casillas que apliquen)

Breast and Cervical Cancer Program <i>Programa de cáncer de mama/Senos y cervical</i>	Family Planning <i>Planificación Familiar</i>	Maternity (Prenatal) <i>Maternidad (Prenatal)</i>
Child Health <i>Salud Infantil</i>	Financial Records <i>Expedientes Financieros</i>	Medical History* <i>Historia Médica*</i>
Complete Medical Record <i>Historia Clínica Completa</i>	Genetics <i>Genética</i>	Medication Records <i>Registros de los medicamentos</i>
Consultation Reports* <i>Informes sobre Consultas*</i>	HIV/AIDS <i>VIH / SIDA</i>	Progress Notes* <i>Notas de Progreso del paciente*</i>
Diabetes <i>Diabetes</i>	Hospitalization <i>Hospitalización</i>	STD (other than HIV/AIDS) <i>Enfermedades de Transmisión Sexual (Diferentes a VIH / SIDA)</i>
Early Intervention <i>Intervención Temprana – (EIS)</i>	Hypertension <i>Hipertensión</i>	Job Related ** (specify) <i>Relacionado con el Trabajo** (especifique)</i>
Cool Kids Program (EPSDT) Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment Program <i>Programa "Cool Kids" (EPSDT, por sus siglas en ingles) Programa de Diagnostico y Evaluación Temprana y Periódica</i>	Laboratory Test* <i>Exámenes de Laboratorio*</i>	For CMP Use Only/ Para uso de CMP:
	Other (specify) <i>Otro (especifique)</i>	

* **Identify Program by Name/**Identifique el Programa por el Nombre.

** **Medical information pertaining to treatment or a condition that is related to absence from work, return to work, and/or any specific restrictions such as but not limited to typing, physical locomotion, driving, lifting, standing or sitting/** Información médica relativa al tratamiento o a una condición que está relacionada con la ausencia del trabajo, volver al trabajo, y / o cualquier restricción específica, tal como pero no limitada a escribir, locomoción física, conducir, levantar peso, sentarse o pararse.

I understand that I may revoke this authorization at any time except to the extent that action has been taken thereon. I further understand that this authorization will expire in 90 days from the date below. For Early Interventions records only, this authorization will expire in 6 months from the date below.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto existan medidas al respecto. También entiendo que esta autorización caducará en 90 días a partir de la fecha de la firma de este documento. Para los expedientes de las intervenciones tempranas esta autorización vencerá a los seis meses a partir de la firma de este documento.

Individual or Representative's Signature/ Firma del Individuo o Representante _____

Date/Fecha _____

(If patient's representative signs, please identify authority to act for this patient./Si el representante del paciente firma, por favor identifique la autoridad para actuar por el paciente)

Signature of Health Department Representative /Firma del representante de Departamento de Salud _____

Date/Fecha _____

Confidentiality Note: This information has been disclosed to you from records whose confidentiality is protected. Statutes/Regulations prohibit you from making further disclosures other than treatment, payment or health care operations, without the specific written authorization of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by such regulations. Alcohol and drug abuse information, if present, has been disclosed from records whose confidentiality is protected by Federal Laws. Federal Regulations (42 CFR, Part II) prohibits making any further disclosure of it without the specific written authorization of the undersigned or as otherwise permitted by such regulations. For Early Intervention records, all provisions of the Family Educational Rights and Privacy Act (34 CFR, Part 99) and federal regulations pertaining to Early Intervention apply.

Nota de confidencialidad: Esta información ha sido divulgada de expedientes cuya confidencialidad está protegida. Estatutos / Reglamentos prohíben hacer otras divulgaciones diferentes a las referentes a las operaciones de atención de salud o pago sin la autorización por escrito de la persona a quien le incumbe, o según lo permitan las regulaciones. La información sobre el alcohol y el consumo de drogas, si está presente, ha sido revelada de expedientes cuya confidencialidad está protegida por leyes federales. Regulaciones Federales (42 CFR, Parte II), prohíben hacer cualquier otra revelación de la misma sin la específica autorización por escrito de los firmantes o según lo permitan las regulaciones. Para los registros de intervención temprana, (IES) todas las disposiciones de los Derechos Educativos de la Familia y la Ley de Privacidad (34 CFR, Parte 99) y las regulaciones federales relacionadas con principios de intervención temprana aplican.

MSDH use only- Para uso exclusivo del MSDN

PHI request sent – Date/ *PHI* Fecha del envío de solicitud: _____ **Initials/** Iniciales _____

PHI released from Health Department – Date/ *PHI* Fecha de la divulgación del Departamento de Salud _____ **Initials/** Iniciales _____