



Name of Individual/Consumer/Patient/Applicant

Date of Birth

IF AVAILABLE:

ID Number Used by
Requesting Agency

ID Number Used by
Releasing Agency

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

I hereby request and authorize:

(Name of Person or Agency Requesting Information)

(Address)

to obtain from:

(Name of Person or Agency Holding the Information)

(Address)

the following type(s) of information from my records (and any specific portion thereof):

for the purpose of:

I understand that the federal Privacy Rule ("HIPAA") does not protect the privacy of information if re-disclosed, and therefore request that all information obtained from this person or agency be held strictly confidential and not be further released by the recipient. I further understand that my eligibility for benefits, treatment or payment is not conditioned upon my provision of this authorization. I intend this document to be a valid authorization conforming to all requirements of the Privacy Rule and understand that my authorization will remain in effect for: (PLEASE CHECK ONE)

ninety (90) days unless I specify an earlier expiration date here: _____

(Date)

one (1) year.

the period necessary to complete all transactions on matters related to services provided to me.

I understand that unless otherwise limited by state or federal regulation, and except to the extent that action has been taken based upon it, I may withdraw this authorization at any time.

(Date)

(Signature of Individual/Consumer/Patient/Applicant)

(Signature of Witness)

(Title or Relationship
to Individual)

(Signature of Parent or other legally Authorized
Representative, where applicable)

(Date)

USE THIS SPACE ONLY IF AUTHORIZATION IS WITHDRAWN

(Date this authorization is revoked by Individual)

(Signature of Individual or legally authorized Representative)



Nombre del Individuo/ Consumidor/Paciente/Solicitante
Fecha de Nacimiento
SI ESTÁ DISPONIBLE:
Número de Identidad Empleado por la Agencia Que Pide
Número de Identidad Empleado por La Agencia que Revela

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR LA INFORMACIÓN

Yo por presente testamento le pido y le autorizo a: _____
 (Nombre de la Persona o la Agencia que Pide la Información)

que obtenga de: _____
 (Dirección)

_____ (Nombre de la Persona o la Agencia que Mantiene la Información)
 _____ (Dirección)

la(s) siguiente(s) clase(s) de información encontrada en mis archivos (y cualquier parte específica de ellos):

con el propósito de: _____

Yo entiendo que la Ley Federal de Privacidad ("HIPAA") no protege la privacidad de la información si es que se la revele otra vez, y por eso yo pido que se mantenga en toda confidencia y que no la revele más la persona o agencia que recibe toda la información personal obtenida por esta persona o por esta agencia. Además entiendo que no es una condición de recibir los beneficios, el tratamiento, o el pago por los servicios el proveer esta autorización. Es mi intención que este documento sea una autorización válida que cumpla con todos los requisitos de la Ley de Privacidad y entiendo que mi autorización permanecerá válida por: (FAVOR DE INDICAR UNO DE LAS SIGUIENTES OPCIONES)

- noventa (90) días a menos que yo declare una fecha de vencimiento más temprano aquí: _____
- un (1) año (Fecha)
- el periodo de tiempo necesario para completar todas las transacciones relacionadas con los servicios que recibí. Yo entiendo que, a menos que se lo limite las leyes federales o estatales, y con la excepción de las acciones ya tomadas en cuanto a relevar esta información, yo podré cancelar esta autorización en cualquier momento.

(Fecha / Date)

(Firma del Individuo/Consumidor/Paciente/Solicitante)
Signature of Individual/Consumer/Patient/Applicant

(Firma del Testigo)
Signature of Witness

(Título o Relación con La Persona) Relationship

(Firma de Padre/Madre u Otro Representante Legalmente Autorizado, si es applicable) *Signature of Parent or other legally Authorized Representative, where applicable*

USE ESTE ESPACIO SOLAMENTE SI ESTÁ CANCELANDO LA AUTORIZACIÓN

(La Fecha de Cancelar Esta Autorización)

(Firma del Individuo o de su Representante Legal)