

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____
Dirección _____ No. SS _____
Ciudad/Estado/Zip _____ Teléfono _____

Yo por la presente autorizo _____ (el nombre de la facilidad) liberar información de salud a:

Nombre de médico, hospital, u otra entidad _____
Dirección de calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Teléfono _____ Fascimile _____

la información siguiente: (todas fechas serán liberadas a menos que especificado).

La fechas necesitó _____

- Resumen de alta La historia & Físico Registro de emergencia Consultas
 Informe operativo Ordenes del Médico Notas del Médico Pruebas diagnósticas
 Otro _____

Autorizo la liberación del siguiente tipo de información especial (iniciala todo que aplica):

____ HIV la prueba resultados ____ Tratamiento mental de salud ____ Tratamiento de alcohol/droga

El propósito de pedido: Personal Seguro Incapacidad Cuidado continuo

Esta autorización expira un (1) año de la fecha firmada a menos que de otro modo especificado. Incierta e especifique la fecha o el acontecimiento _____

Prefiero recibir la información por: Recoja Correo Fax Otro _____

FECHA _____ HORA _____ FIRMA _____
(Paciente / representante legal)

Si firma persona que no es el/la paciente, indique el parentesco o relación _____

TESTIGO _____

Revocación de la Autorización al otro lado

St. Helena Hospital, St. Helena, CA

MEDICAL INFORMATION AUTHORIZATION

Page 1 of 2
Spanish



Authorization to Release Medical Info

MR 2559 3/11/11 (spanish)

Patient Identification

Client name _____

Medical Record # _____

I, the undersigned (e.g. physician, licensed psychologist, MSW / MFT), who is in charge of the patient, hereby approve disapprove the release of information and records to the party specified above. If disclosure is disapproved, give reasons below. Also note below any restrictions on the release of records. Note: No approval is required for release to the patient's attorney.

DATE _____ TIME _____ SIGNED _____ TITLE _____

Reference: Welfare and Institutions Code Section 5328.7
Reference: CFR Title 42, Part 2

Date received _____ Date records sent: _____ Medical record # _____

Notes _____

Clerk's Initials _____

Revocación de la Autorización

Según las disposiciones del Aviso de Prácticas de Privacidad, por la presente revoco la

- Autorización presente
- Autorización que entrega información a _____
- Autorización con fecha _____

FECHA _____ HORA _____ FIRMA _____
(Paciente / representante legal)

Si firma persona que no es el/la paciente, indique el parentesco o relación _____

TESTIGO _____

Date revocation received _____ Medical record # _____ Clerk's Initials _____

Exceptions: The exceptions noted in the Rights section on page 1 of this form include: authorization for research; authorization for health plan enrollment; and authorization solely for the purpose of creating protected health information for a third party.

St. Helena Hospital, St. Helena, CA
MEDICAL INFORMATION
AUTHORIZATION
Page 2 of 2
Spanish

Patient Identification

Client name _____

Medical Record # _____