

Your Hospital's Logo Here

AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL INFORMATION

Street Address ♦ City, State Zip ♦ (202) 555 - 1212

PATIENT (Print):		NAME at TIME OF TREATMENT (If Different):	
ADDRESS:	Street	City	State Zip
DATE OF BIRTH:	SOCIAL SECURITY NO:	PHONE:	

I authorize XXXXXX HOSPITAL (202) 269 - 7173 to disclose to:

(PERSON or INSTITUTION)

(Address)

medical record information for the purpose of:

(SPECIFY: ie, Continuing Care; Legal Counsel; Insurance Claim or Application; etc.)

with the following restrictions (check below):

The following treatment dates only:

_____ to _____
ADMISSION DISCHARGE

The following specific information only:

By signing this authorization, I agree that all medical records or other information regarding my treatment, hospitalization and/or outpatient care for any condition, including psychological or psychiatric impairment, substance abuse, alcoholism, Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), tests for Human Immunodeficiency Virus (HIV), sexually transmitted diseases, sexual assault and criminal cases and photographs may be released, unless "The following specific information only" is checked above. I understand that I am entitled to inspect my record and to revoke my consent in writing where applicable.

(SIGNATURE of Patient and/or Parent/Guardian or Authorized Representative)

DATE

Relationship to Patient

This authorization will expire in 6 months from
date of signature unless otherwise specified: _____

- ANY REDISCLOSURE OF INFORMATION BY RECIPIENTS IS PROHIBITED BY LAW -

Your Hospital's Logo Here

AUTORIZACION PARA LIBERAR INFORMACION MEDICA

Street Address ♦ City, State Zip ♦ (202) 555 - 1212

PACIENTE (Imprima):		NOMBRE EN EL MOMENTO DEL TRATAMIENTO (Si es diferente):	
DIRECCIÓN:	Calle	Ciudad	Estado Codigo Postal
FECHA DE NACIMIENTO:	NÚMERO de SEQURO SOCIAL:	TELÉFONO:	

Autorizo al Hospital XXXXXX (202) 555 - 1212 a liberar a:

(Persona o Institución)

(Dirección)

Información de Registro Médico con el propósito de:

(ESPECIFIQUE EJ: Continuar cuidado, consejo legal, reclamo al seguro, aplicación; etc.)

Con las siguientes restricciones (marque abajo):

Los tratamientos en las siguientes fechas
solamente:

_____ hasta _____
ADMISIÓN ALTA

La siguiente información específica solamente:

Al firmar ésta autorización, Estoy de acuerdo que todos los registros médicos u otra información relacionada con mi tratamiento, hospitalización y/o como paciente externo por cualquier condición, incluyendo impedimento psicológico o siqui átrico, abuso de sustancias, alcoholismo, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (CIDAS), exámenes para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), enfermedades transmitidas sexualmente, asalto sexual, casos criminales y fotografías puedan ser liberadas, a menos que la siguiente información específica sea marcada arriba. Entiendo que tengo el derecho de examinar mis registros y revocar mi consentimiento por escrito donde sea aplicable.

(Firma del Paciente y/o Padre/Guardian o Representante Autorizado)

FECHA

Relación con el Paciente

Esta Autorización Expirará 6 meses
desde la fecha firmada: _____

- CUALQUIER REVELACION DE INFORMACION POR PARTE DE LOS RECIPIENTES ESTA PROHIBIDO POR LEY -