

**LYON COUNTY HEALTH DEPARTMENT  
FLINT HILLS COMMUNITY HEALTH CENTER  
420 West 15<sup>th</sup>, Emporia, KS 66801**

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION  
AUTORIZACIÓN PARA PONER A DISPOSICIÓN DEL PÚBLICO LA INFORMACIÓN MÉDICA**

This authorization permits Flint Hills Community Health Center to disclose/obtain your health information, which may include information about medical history and treatment, substance abuse history and treatment, mental health history and treatment, HIV/AIDS status, and financial information. /Esta autorización permite al Flint Hills Community Health Center a hacer disponible u obtener información médica, que puede incluir información a cerca de su historial y tratamiento médico, historial y tratamiento del abuso de sustancias, historial y tratamiento de la higiene mental, estado del VIH/SIDA, e información financiera.

<b>Patient information: /Información del Paciente:</b>	
_____	_____ Social Security Number /Número de Seguro Social
_____ Patient Name/Nombre del Paciente	_____ Date of Birth/Fecha de nacimiento
_____ Street Address/Dirección domiciliaria	_____ Telephone/Teléfono
_____ City/Ciudad      State/Estado      Zip code/Código postal	_____ Fax/Fax

<b>Authorization For: /Autorizado Por:</b>	<b>To Release to: /Hecho disponible a:</b>
_____ Name or Organization/Nombre u Organización	_____ Name or Organization/Nombre u Organización
_____ Street Address/Dirección	_____ Street Address/Dirección
_____ City/Ciudad      State/Estado      Zip code/Código postal	_____ City/Ciudad      State/Estado      Zip code/ Código postal
_____ Telephone/Teléfono	_____ Telephone/Teléfono
_____ Fax/Fax	_____ Fax/Fax

**In the Following Manner: (Check one or more) / De la siguiente manera: (marque una o más)**

Mail/Correo     Fax/Fax     Pick-up/Retirar     Inspection/Inspección     Other/Otra \_\_\_\_\_

**Authorization is for the Use and Disclosure of the following Records: (Check all applicable) / La autorización es para el uso y puesta a disposición del público de los siguientes archivos: (marque las que apliquen)**

My authorization pertains to information generated on the following date(s) or in the following time period: /Mi autorización es pertinente a la información generada en la(s) siguiente(s) fecha(s) o en el siguiente periodo de tiempo:

\_\_\_\_\_

Entire Medical Record /Todos los registros médico       HIV/AIDS Status/Estado del VIH y SIDA

X-ray & Laboratory reports/Rayos X y Laboratorios       Hospital/ER Record/Registros de Hospital o Sala de Emergencias

Dental Records/Registros dentales       Statement of Charges & Payments/Estado de Cuentas

Social Service/Mental Health Notes/Notas del Servicio Social o Salud Mental

Immunization Record/Registros de vacunas       Other/Otra \_\_\_\_\_

**For the Following Purpose(s):** (Please list)/**Para los siguientes propósitos** (por favor mencione)

- If for marketing purposes, indicate whether the marketing involves direct or indirect payment to Flint Hills Community Health Center./*Si para propósitos de marketing, indique si envuelve directa o indirectamente pagos al Flint Hills Community Health Center.*
- If requested by patient, a statement "at the request of patient" is sufficient./*Si es requerido por el paciente, la frase "a pedido del paciente" es suficiente.*

**My authorization is given freely with the understanding that: /Doy mi autorización libremente entendiendo que:**

- I may refuse to sign this authorization./*Puedo reusarme a firmar esta autorización.*
- I may revoke this authorization at any time, except where information has already been released in reliance on my authorization, provided that my revocation is in writing./*Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto cuando la información ya ha sido dada previamente con mi autorización, con tal de que haya proveído mi revocación por escrito.*
- Flint Hills Community Health Center may not condition my treatment on my provision of this authorization./*El Flint Hills Community Health Center no puede condicionar mi tratamiento debido a esta autorización.*
- This authorization is good for a \_\_\_\_ day period, unless revoked by me, in writing as specified above./*Esta autorización es buena por \_\_\_\_ días, a no ser de que sea revocada por mí, por escrito como es especificado más arriba.*
- A photocopy or fax of this authorization is as valid as the original./*Una fotocopia o fax de esta autorización es válida como original.*
- Flint Hills Community Health Center, it's directors, officers, employees, agents and volunteers are hereby released from any legal responsibility or liability for disclosure of the above information to the extent indicated and authorized by me./*El Flint Hills Community Health Center, sus directores, oficiales, empleados, agentes y voluntarios son por este medio liberados de cualquier responsabilidad legal por la puesta a disposición del público de la información anterior de la manera indicada y autorizada por mí.*
- I will be given a copy of this signed authorization if requested by me./*Se me entregará una copia firmada de esta autorización si así lo solicito.*

**This authorization will expire on:/Esta autorización expira el:** \_\_\_\_\_  
(Specify Date)/(especifique fecha)

\_\_\_\_\_  
Patient's Signature/*Firma del paciente* \_\_\_\_\_  
Date/*Fecha*

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent or Personal Representative  
*Firma del padre o guardian legal* \_\_\_\_\_  
Date/*Fecha*

\_\_\_\_\_  
Print Name of Parent or Personal Representative  
*Escriba el nombre del padre o guardian legal* \_\_\_\_\_  
Description of legal authority to act on Patient's behalf  
*Descripción de la autoridad legal representante del paciente*

**Acknowledgement of Receipt/Reconocimiento de recibo**

Signature required when patient or authorized representative, or person designated to receive the requested protected health information, appears in person to receive the above information./ *Una firma es requerida cuando el/la paciente o representante autorizado, o persona designada a recibir la información médica protegida, se presenta en persona a recibir dicha información.*

**I hereby acknowledge that I have received the above requested Information: / Por este medio reconozco haber recibido la información solicitada:**

\_\_\_\_\_  
Name (Please Print)/ *Nombre (Por favor escríbalo)*

\_\_\_\_\_  
Signature/*Firma* \_\_\_\_\_  
Date/*Fecha*

**For Clinic Personnel Only/Para uso exclusivo de la clínica**

Information released by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature was verified by: \_\_\_\_\_ Signature on file \_\_\_\_\_ No signature on file, obtained copy of picture ID