



(Rev. 3-22)

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA)

This authorization permits CareArc 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 CareArc a hacer disponible u obtener información médica, que puede incluir información acerca 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.)*

PATIENT INFORMATION (INFORMACIÓN DEL PACIENTE)

Patient Name (Nombre del Paciente)

Social Security Number (Número de Seguro Social)

Date of Birth (Fecha de nacimiento)

Street Address (Dirección domiciliaria)

Telephone (Teléfono)

City (Ciudad) State (Estado) Zip (Código postal)

Fax

AUTHORIZATION FOR (AUTORIZADO POR)

CareArc

420 W. 15th Ave., Emporia, KS 66801

Phone: (620) 342-4864

Fax: (620) 342-7775

TO RELEASE TO (HECHO DISPONIBLE A)

Name or Organization (Nombre u Organización)

Street Address (Dirección)

City (Ciudad) State (Estado) Zip (Código postal)

Telephone (Teléfono)

Fax

IN THE FOLLOWING MANNER (CHECK ONE OR MORE) (DE LA SIGUIENTE MANERA) (MARQUE UNA O MÁS)

☐ mail (correo) ☐ fax ☐ pick-up (retirar) ☐ inspection (inspección) ☐ other (otra): _____

TYPE OF RECORDS (TIPO DE ARCHIVOS)

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 (Excluding Mental Health and Psychotherapy Notes)/Todos los registros médico(Excluyendo notas de salud mental y psicoterapia)

☐ 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

☐ Immunization Record/Registros de vacunas

☐ Social Service/Mental Health Notes (Excluding Psychotherapy Notes)/Notas del Servicio Social o Salud Mental (Excluyendo notas de psicoterapia)

☐ Social Service/Mental Health Notes (Including Psychotherapy Notes)/Notas del Servicio Social o Salud Mental (Incluyendo notas de psicoterapia)

Other/Otra: _____

USE (USO)

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 CareArc. (Si para propósitos de marketing, indique si envuelve directa o indirectamente pagos al CareArc.)

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.)
- CareArc may not condition my treatment on my provision of this authorization. (CareArc 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.)
- CareArc, its 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. (CareArc, sus directores, oficiales, empleados, agentes y voluntarios son por estos medios 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 Signature (Firma del paciente)

Date (Fecha)

Signature of Parent or Personal Representative (Firma del padre o guardian legal)

Date (Fecha)

Printed Name (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.)

Printed Name (Escriba el nombre del padre o guardian legal)

Signature (Firma)

Date (Fecha)

FOR CLINIC USE 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 _____