

COMMUNITY VOLUNTEERS IN MEDICINE

300 B Lawrence Drive, West Chester, PA 19380-4263
Phone: (610) 836-5990 Fax: (610) 836-5998

AUTHORIZATION FOR THE RELEASE OF MEDICAL INFORMATION / Autorización Para Distribuir Información Médica

PATIENT ID # _____

(Patient's Name – please print / Nombre del paciente - imprima)

List any previous names used / Otros nombres que usa: _____

- I authorize the following Medical Facility to release my records to Community Volunteers in Medicine **or** (Yo autorizo a la siguiente oficina médica para que distribuya mi registro médico a la Community Volunteers in Medicine **o**)
- I authorize Community Volunteers in Medicine to release my records to the following. (Yo autorizo a Community Volunteers in Medicine que distribuya mi registro médico a la dirección arriba.)

*****Please check one box / Por favor, escoja una de las dos selecciones de arriba)*****

(Name of Medical Facility/Organization) / (Nombre de la organización médica)

(Complete Mailing Address) / (Dirección)

(Telephone number – including area code) / (Teléfono- Incluyendo el código del area)

I understand that this authorization to obtain information from my medical records includes **treatment for Alcohol and Substance Abuse and/or treatment of Psychiatric Disorder and/or treatment for Sexually Transmitted Diseases and/or HIV testing**, unless limited, as follows / Yo entiendo que la autorización de obtener información de mi registro médico incluye: **tratamiento Alcohólico y/o drogas, y/o tratamiento psiquiátrico, tratamiento de infecciones sexuales, y/o pruebas de VIH** a menos que algo sea excluido, como:

(Is there anything you do not want to send?) / (¿Hay algo que no quiere que mandemos?)

I understand that I may revoke this authorization at any time in writing. If not sooner revoked, this authorization shall be valid for the period of time necessary for continuing care, the processing of claims, or the completion of peer review. This authorization shall terminate a maximum of one year from the date of the patient's signature. / Yo entiendo que puedo por escrito revocar a esta autorización. Si no canceló pronto, esta autorización será válida por un periodo necesario para el cuidado médico, el proceso de reclamos o al completar la revisión médica anual. Esta autorización será terminada al cabo de un año de la fecha de la firma del paciente.

The specific information to be released: (date of service if known _____) / La información específica para eximir: (Día del servicio prestado _____)

- _____ Patient Database / Datos del Paciente
- _____ Consultation Reports / Reportes de consultas
- _____ Laboratory Reports / Reportes Laboratorio
- _____ Cardiology Reports / Reportes de Cardiología

- _____ History and Physical / Historia Física
- _____ Progress Notes / Notas de Progreso
- _____ Radiology Reports / Reportes de Radiología
- Others / Otros: _____

(Patient's Signature / Firma del Paciente)

(Date / Fecha)

(Date of Birth / Fecha de Nacimiento)

(Social Security # / # de Seguro Social)

(Witness Signature / Firma del Testigo)

(Date / Fecha)

Should the patient be a minor or unable to sign, the undersigned certifies that he/she is authorized to execute this authorization on behalf of the patient to release the patient's medical record information. / Si el paciente es menor de edad o no puede firmar, los firmantes de abajo certifica que el/ella firmante está autorizado/a para distribuir esta autorización de parte del paciente para distribuir la información médica.

(Signature of Responsible Party / Firma del Guardián)

(Relationship to Patient / Relación al Paciente)

(Printed Name of Responsible Party / Escriba nombre del Guardián)

(Date / Fecha)

(Witness Signature / Firma del Testigo)

(Date / Fecha)