

**AUTHORIZATION FOR THE RELEASE OF HEALTH INFORMATION**

Patient Name: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_  
 (Nombre Paciente)  
 Telephone #: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 (Telefono #) (Nacimiento Fecha)  
 Address: \_\_\_\_\_  
 (Direccion)

I authorize RIGOBERTO NUNEZ, M.D., to release the health information indicated below to:  
 Yo autorizo a RIGOBERTO NUNEZ, M.D., a proporcionar la información de salud como se indica a:  
 Person/ Organization: \_\_\_\_\_  
 (Persona/ Organizacion)  
 Address: \_\_\_\_\_  
 (Direccion)  
 Phone: \_\_\_\_\_ Dates of Medical Record Requested: \_\_\_\_\_  
 (Telefono) (Record Medico Fechas Requeridas)  
 Reason for Disclosure (Proposito de Entrega):  
 Continuing Care  Insurance  Legal  Personal Use  Other Reason  
 (Continuidad de la atencion) (Seguro) (Legal) (Uso Personal) (Otros Propositos)

Check a Box

<input type="checkbox"/> Complete Record (Record Completo)	<input type="checkbox"/> Radiology Reports (Reportes Radiologia)
<input type="checkbox"/> Therapy Physical/ Occupational (Terapia Fisica/ Ocupacional)	<input type="checkbox"/> Pathology Reports (Reporte Patologia)
<input type="checkbox"/> Lab Reports (Informes de Laboratorio)	<input type="checkbox"/> EKGs
<input type="checkbox"/> Other (Specify) Otros (Especifique)	<input type="checkbox"/> Operative Report (Reporte Operativo)

**SPECIFIC AUTHORIZATIONS**

The following information will not be released unless you specifically authorize it by marking the relevant box(es) below:  
 (La siguiente información no puede ser revelada sin la específica autorización dada marcando la caja(s) siguientes)

- Drug/ Alcohol Abuse or Treatment (Abuso o Tratamiento de Droga/ Alcohol)     
 HIV/ AIDS Test Results or diagnoses (Resultado o Diagnostico VIH/ CIDA)     
 Genetic Testing Information (Informacion de Pruebas Geneticas)
- Psychotherapy Notes (The release of Psychotherapy Notes required a separate authorization)  
 (Notas de Psicoterapia) (Revelar Notas de Psicoterapia requiere una autorización por separado)

This consent is subject to revocation at any time except to the extent the action has been taken thereon. This authorization and consent will expire one year from the date of authorization written below.  
 (Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento excepto cuando la acción ya ha sido tomada. Esta autorización y consentimiento vencerá a un año de la firma del presente formulario.)

Your health care (or payment for care) will not be affected by whether or not you sign this authorization. Once your health care information is released, redisclosure of your health care information by the Recipient may no longer be protected by law.  
 (Su cuidado de salud (o pagos por el mismo) no podrán ser afectados firme o no esta autorización. Una vez que su información sea entregada, la misma ya no estará resguardada por las leyes.)

\_\_\_\_\_  
 Signature of Patient Or Legal Representative  
 (Firma del Paciente o Representante Legal)

Date Signed: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Printed Name (Nombre en Letra de Moide)

Relationship if Not Patient: \_\_\_\_\_  
 (Relacion si No es el Paciente)

\* if other than the patient's signature, a copy of legal paperwork verifying the patient's personal representative MUST accompany the request (i.e. court appointed guardian, durable power of attorney for health care).  
 (Si no es la firma del paciente, una copia del documento legal verificando que es el representante del paciente TIENE que ser acompañada con este formulario)

**AUTHORIZATION FOR THE RELEASE OF HEALTH INFORMATION**

Patient Name: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_  
 (Nombre Paciente)  
 Telephone #: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 (Telefono #) (Nacimiento Fecha)  
 Address: \_\_\_\_\_  
 (Direccion)

I authorize RIGOBERTO NUNEZ, M.D., to release the health information indicated below to:  
 Yo autorizo a RIGOBERTO NUNEZ, M.D., a proporcionar la información de salud como se indica a:  
 Person/ Organization: \_\_\_\_\_  
 (Persona/ Organizacion)  
 Address: \_\_\_\_\_  
 (Direccion)  
 Phone: \_\_\_\_\_ Dates of Medical Record Requested: \_\_\_\_\_  
 (Telefono) (Record Medico Fechas Requeridas)  
 Reason for Disclosure (Proposito de Entrega):  
 Continuing Care  Insurance  Legal  Personal Use  Other Reason  
 (Continuidad de la atencion) (Seguro) (Legal) (Uso Personal) (Otros Propositos)

Check a Box

<input type="checkbox"/> Complete Record (Record Completo)	<input type="checkbox"/> Radiology Reports (Reportes Radiologia)
<input type="checkbox"/> Therapy Physical/ Occupational (Terapia Fisica/ Ocupacional)	<input type="checkbox"/> Pathology Reports (Reporte Patologia)
<input type="checkbox"/> Lab Reports (Informes de Laboratorio)	<input type="checkbox"/> EKGs
<input type="checkbox"/> Other (Specify) Otros (Especifique)	<input type="checkbox"/> Operative Report (Reporte Operativo)

**SPECIFIC AUTHORIZATIONS**

The following information will not be released unless you specifically authorize it by marking the relevant box(es) below:  
 (La siguiente información no puede ser revelada sin la específica autorización dada marcando la caja(s) siguientes)

- Drug/ Alcohol Abuse or Treatment (Abuso o Tratamiento de Droga/ Alcohol)     
 HIV/ AIDS Test Results or diagnoses (Resultado o Diagnostico VIH/ CIDA)     
 Genetic Testing Information (Informacion de Pruebas Geneticas)
- Psychotherapy Notes (The release of Psychotherapy Notes required a separate authorization)  
 (Notas de Psicoterapia) (Revelar Notas de Psicoterapia requiere una autorización por separado)

This consent is subject to revocation at any time except to the extent the action has been taken thereon. This authorization and consent will expire one year from the date of authorization written below.  
 (Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento excepto cuando la acción ya ha sido tomada. Esta autorización y consentimiento vencerá a un año de la firma del presente formulario.)

Your health care (or payment for care) will not be affected by whether or not you sign this authorization. Once your health care information is released, redisclosure of your health care information by the Recipient may no longer be protected by law.  
 (Su cuidado de salud (o pagos por el mismo) no podrán ser afectados firme o no esta autorización. Una vez que su información sea entregada, la misma ya no estará resguardada por las leyes.)

\_\_\_\_\_  
 Signature of Patient Or Legal Representative  
 (Firma del Paciente o Representante Legal)

Date Signed: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Printed Name (Nombre en Letra de Molde)

Relationship if Not Patient: \_\_\_\_\_  
 (Relacion si No es el Paciente)

\* If other than the patient's signature, a copy of legal paperwork verifying the patient's personal representative MUST accompany the request (i.e. court appointed guardian, durable power of attorney for health care).  
 (Si no es la firma del paciente, una copia del documento legal verificando que es el representante del paciente TIENE que ser acompañada con este formulario)