

AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL INFORMATION

I authorize CommUnityCare to *release/obtain* (circle one) medical information concerning: Please print clearly in all fields.

Patient Name: _____ SS No. XXX-XX-_____ MR# _____

Address: _____ Date of Birth: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____ Phone Number: _____

Email address _____

This information is to be *released to/obtained from* (circle one):

Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____ Phone: _____

Fax or Email: _____

Return address for CommUnityCare Health Center:

Please release the following information, indicated by an "X" (Mark all that apply):

Service Dates From _____ to _____

☐ Abstract (2 yrs. Of records)

☐ Dental Records

☐ Office visit/progress notes

☐ Dental X-Rays

☐ Imaging

☐ Billing

☐ Labs

☐ Diagnostics

☐ Immunizations

☐ Other _____

☐ Medication List

Your initials are required if you would like to release the following sensitive information:

INITIAL

HIV/ Test & Information _____

Mental Health records _____

MAT/Alcohol/Substance records _____

Genetic Testing Information _____

This information is necessary for the following purposes:

☐ Follow-up Care ☐ Personal ☐ Disability Benefits ☐ Legal ☐ Other please Explain _____

Release my information by:

☐ Mail ☐ Pick up at _____ Clinic Name _____ MyChart ☐ Format: ☐ Paper

☐ CD/Electronic ☐ Fax Fax No: _____ Given to patient by _____ @ clinic. ☐ ROI to file

The patient or the patient's representative must read the following statements:

I, the undersigned, understand that this authorization is valid until the earlier of my death, reaching the age of majority, permission is withdrawn, or the following specific date Month _____ Day _____ Year _____. If I withdraw permission, I understand that I must complete the revocation authorization form in writing. I understand that the provision of my health care and the payment for my health care will not be affected if I do not sign this form. Upon expiration, CommUnityCare can no longer use or disclose my information for the above purposes without a new authorization.

DISCLOSURE STATEMENT RELATED TO MEDICAL ASSISTED THERAPY RECORDS

This record which has been disclosed to you is protected by federal confidentiality rules (42 CFR part 2). The federal rules prohibit you from making any further disclosure of this record unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the individual whose information is being disclosed in this record or, is otherwise permitted by 42 CFR part 2. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose (see §2.31). The federal rules restrict any use of the information to investigate or prosecute with regard to a crime any patient with a substance use disorder, except at provided at §§2.12(c)(5) and 2.65.

SIGNATURE of Patient or Authorized Party

Today's Date

RELATIONSHIP to Patient

WITNESS _____

REASON Patient is not signing _____

AUTORIZACIÓN PARA DAR A CONOCER INFORMACIÓN MÉDICA

Yo autorizo a CommUnityCare a *dar/obtener* (marque una) información médica relacionada con:

Nombre del paciente: _____ N° de Seguro Social XXX-XX-_____ N° de Registro médico _____

Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico _____

Esta información se puede *dar a/obtener de* (marque una):

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

**Dirección de remitente de
CommUnityCare:**

Por favor proporcione la siguiente información, indicada con una "X":

(Marque todas las que correspondan):

Fechas de servicio de _____ a _____

☐ 2 años de registros ☐ Registro dentales

☐ Apuntes de la consulta/progreso ☐ Radiografía dentales

☐ Diagnóstico por imágenes ☐ Facturación

☐ Resultados de análisis ☐ Diagnóstico

☐ Vacunas ☐ Lista de medicamentos

☐ Otros _____

**Se requieren sus iniciales para dar la siguiente
información:**

INICIAL

Información médica de VIH/ Prueba _____

Registros de salud mental _____

Registros de abusos de sustancias/alcohol _____

Registros MAT _____

Información de análisis genéticos _____

Esta información es necesaria para los siguientes motivos:

☐ Atención de seguimiento ☐ Personales ☐ Beneficios de discapacidad ☐ Legal ☐ Otros Por favor explique

Por favor divulgue mi información por:

☐ Correo postal ☐ Recoger en la Clínica _____ ☐ MyChart

Formato: ☐ Papel ☐ Electrónico (CD) ☐ Fax No. de Fax. _____

El paciente o el representante del paciente debe leer las siguientes declaraciones:

Yo, el abajo firmante, entiendo que esta autorización es válida hasta que ocurra lo siguiente primero: mi fallecimiento, que alcance la mayoría de edad, que se retire el permiso, o hasta la siguiente fecha específica: Mes _____ Día _____ Año _____. Si retiro mi permiso, entiendo que debo completar el formulario de revocación de autorización por escrito. Entiendo que la prestación de mi atención médica y el pago de la misma no se verán afectados si no firmo este formulario. Una vez que esta autorización expire, CommUnityCare ya no podrá usar ni divulgar mi información para los fines mencionados anteriormente sin una nueva autorización.

DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN RELACIONADA CON REGISTROS DE TERAPIA MÉDICA ASISTIDA

*Este registro que se le ha divulgado está protegido por normas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Estas normas federales le prohíben hater cualquier divulgación adicional de este registro a menos que dicha divulgación esté expresamente permitida por el consentimiento escrito del individuo cuya información se divulga en este registro o esté permitida por 42 CFR parte 2. Una autorización general para divulgar información médica u otra información ****NO**** es suficiente para este propósito (ver §2.31).*

Las normas federales también limitan cualquier uso de esta información para investigar o enjuiciar a un paciente con un trastorno por uso de sustancias en relación con un delito, excepto en los casos permitidos por §§2.12(c)(5) y 2.65.

FIRMA del paciente o parte interesada

Fecha

RELACIÓN con el paciente

TESTIGO _____

MOTIVO por el cual el paciente no firma _____