

**PATIENT CONSENT / AUTHORIZATION  
TO OBTAIN OR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION**

<b>Section 1:</b>  Patient Information	Patient Name		Former name (if applicable)	
	Street Address		Date of Birth	
	City	State	Zip Code	Phone Number
<b>Section 2:</b>  Authorization	I hereby authorize (Hospital/Clinic/Business/Person) _____ to use or disclose health care information of the patient named above. <i>Provide the following information, if applicable:</i> Street address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____ Phone number: _____ Fax number: _____			
<b>Section 3:</b>  To be Released to	Hospital/Clinic/Business/Person		Phone number	Fax number
	Street address		City	State      Zip code
<b>Section 4:</b>  Information to be Released	<input type="checkbox"/> I want my health records related to _____ <input type="checkbox"/> Other or specific date(s) of service: _____ <b>The requested health care information may include information related to testing, diagnosis, and treatment for: drug and/or alcohol use, sexually transmitted infections, mental health, psychiatric disorders and HIV (AIDS Virus).</b>			
<b>Section 5:</b>  Purpose for Release	<input type="checkbox"/> Continuity of care <input type="checkbox"/> For Personal Use <input type="checkbox"/> Disability <input type="checkbox"/> Insurance <input type="checkbox"/> School <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Transfer of Care (specify reason) _____ <input type="checkbox"/> Other (specify reason) _____			
<b>Section 6:</b>  Release Method (choose one)	<input type="checkbox"/> Mail ( <i>May be sent by copy service</i> ) <b>*There may be a charge for records</b> <input type="checkbox"/> Pick up ( <b>only released to person in section 3</b> ) <input type="checkbox"/> Encrypted Email ( <i>May be sent by copy service</i> ) Email Address: _____ <input type="checkbox"/> Fax: Fax Number _____			
<b>Section 7:</b>  Authorization and Revocation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clinicas del Camino Real, Inc. may not condition treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits on whether this authorization is signed. I have the right to a copy of this form, and to inspect or obtain a copy of the health information disclosed.</li> <li>• Records released may include information received from other organizations.</li> <li>• Information released on this authorization, if re-disclosed by the recipient, is no longer protected by Clinicas del Camino Real, Inc.</li> <li>• <b>This authorization expires on the following date or event:</b> _____                (Not to exceed 1 year from the date provided above)</li> <li>• I may revoke this authorization by sending a written request to Clinicas del Camino Real, Inc. Revocation will take effect upon receipt.</li> </ul>			
	Patient or legally authorized individual signature		Date	Time
	If other than patient, print name and state relationship			

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE /AUTORIZACIÓN  
PARA OBTENER O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD**

<b>Sección 1:</b>  Información del Paciente	Nombre del Paciente		Nombre Anterior (si corresponde)	
	Dirección		Fecha de Nacimiento	
	Ciudad	Estado	Cód. Postal	Número de Teléfono
<b>Sección 2:</b>  Autorización	Por lo presente autorizo a (Hospital/Clínica/Negocio/Persona) _____ a utilizar o divulgar la siguiente información de salud del paciente anteriormente mencionado. <i>Llene la siguiente información si corresponde:</i> Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. Postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____			
<b>Sección 3:</b>  Divulgar a	Hospital/Clínica/Negocio/Persona		Número de Teléfono	Fax
	Dirección		Ciudad	Estado      Cód. Postal
<b>Sección 4:</b>  Información que Sera Divulgada	<input type="checkbox"/> <b>Quiero información de salud relacionada a:</b> _____ <input type="checkbox"/> Otra información o fecha específica(s) de servicio: _____ <b>La información de salud pedida puede incluir información relacionada a pruebas, diagnóstico, y tratamiento relacionado con: alcoholismo, drogadicción, infecciones de transmisión sexual, salud mental, desórdenes psiquiátricos o VIH (Virus del SIDA)</b>			
<b>Sección 5:</b>  Motivo de Divulgación	<input type="checkbox"/> Continuidad de Cuidado <input type="checkbox"/> Uso Personal <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Transferencia de Médico (Especifique Razón) _____ <input type="checkbox"/> Otra (Especifique Razón) _____			
<b>Sección 6:</b>  Método de Divulgación (Escoja uno)	<input type="checkbox"/> Correo ( <i>Podría ser enviado por servicio de copia</i> ) <span style="float: right;"><b>*Puede haber un cargo</b></span> <input type="checkbox"/> Recoger en Clínica ( <b>Se le daran solo a la persona mencionada en Sección 3</b> ) <input type="checkbox"/> Correo Electrónico Cifrado ( <i>Podría ser enviado por servicio de copia</i> ): _____ <input type="checkbox"/> Fax: Número de Fax _____			
<b>Sección 7:</b>  Autorización y Revocación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clinicas del Camino Real, Inc. no puede condicionar el tratamiento de salud, pago, inscripción o la elegibilidad para beneficios basado en el hecho de firmar esta autorización. Tengo el derecho de recibir copia de esta forma, de inspeccionar y obtener una copia de la información que se divulgo.</li> <li>• Su información de salud puede contener información recibida por otras organizaciones.</li> <li>• La información divulgada por medio de esta autorización ya no sera protegida por Clinicas del Camino Real, Inc. si es divulgada por quien la recibe.</li> <li>• <b>Esta autorización se vence cuando ocurra la siguiente fecha o evento:</b> _____ <b>(No excediendo 1 año de la fecha indicada arriba)</b></li> <li>• Tengo el derecho de revocar esta autorización mandando por escrito a Clinicas del Camino Real, Inc. Mi revocación será efectiva al ser recibida.</li> </ul>			
	Firma del paciente o individuo legalmente autorizado		Fecha	Hora
	Relación al paciente si la firma no es del paciente			