

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

1. I AUTHORIZE THE RELEASE OF MY PROTECTED HEALTH INFORMATION AS FOLLOWS:

- All my records including all general health records, medical histories, examination and treatment notes, radiology and laboratory test results, consultation and referral notes, etc.
- My records related to treatment for (specific illness, injury or evaluation): _____
- Describe other records: _____

ADDITIONAL RELEASE - I further authorize the release of the following:

- a. HIV / AIDS Related Information b. Inpatient Mental Health Records c. STD Information
- d. Drug / Alcohol Treatment e. Psychotherapy Notes f. Other: _____

2. FROM: PCA Other Physician / Facility _____ **NAME AND ADDRESS**

3. TO: Myself Employer or prospective employer _____ **NAME AND ADDRESS**
 PCA Other individual, physician or entity _____

4. FOR THE PURPOSE OF: At Patient Request Other Reason _____

MY RIGHTS IN CONNECTION WITH THIS AUTHORIZATION

- This authorization will expire on the later of one year from (1) the date below or (2) the date upon which my medical case has been closed and Concentra has received full and final payment for services.
- I can ask for a copy of the protected health information that will be disclosed. A processing and/or copying charge may apply as permitted by law.
- My treatment may not be conditioned on my signing of this authorization unless the sole purpose of my visit to Primary Care Associates is for my employer or prospective employer to obtain health information about me.
- I may revoke this authorization at any time, but I must do so in writing to the clinic where I received services. My revocation will not apply to disclosures that have already occurred under this authorization. Revocation of this authorization may carry consequences related to my employment or prospective employment. Contact your employer for details.
- I have a right to not sign this authorization or to limit the information I authorize to be disclosed. However, refusal to sign this authorization may violate a condition of employment or prospective employment. Contact your employer for details.
- I understand that my health information may not be protected from further disclosure by some entities receiving my information under this authorization, and that Primary Care Associates (PCA) has no control over subsequent disclosures by other entities.

SIGNATURE

Patient Signature: _____ Date: _____

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD

1. AUTORIZO A REVELAR MI INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA COMO SIGUE:

- Toda mi información incluyendo todos mis expedientes generales de salud, historia médica, evaluaciones, tratamientos, exámenes de laboratorio, radiografías, consultas y referencias, etc.,
- Mi expediente referente al tratamiento de (especifique la lesión o enfermedad): _____
- Describa otros expedientes o información: _____

PERMISO ADICIONAL – Además autorizo revelar información acerca de: (marque si aplica):

- a. SIDA b. Problemas mentales c. Tratamiento por drogas/ alcohol d. Notas de Psicoterapia
- e. Enfermedades de Transmisión Sexual f. Otras enfermedades: _____

2. **DE:** PCA Otro Médico / Clínica: _____ NOMBRE/DIRECCION _____

3. **A:** Mi persona Empleador o posible empleador _____ NOMBRE/DIRECCION _____
 PCA Otro individual, medico, o entidad _____

4. **EN RESPUESTA:** A petición mía Otra razón: _____

MIS DERECHOS EN CONEXIÓN CON ESTA AUTORIZACIÓN

- Esta autorización caducará en la mas tardía de las siguientes: (1) un año después de mi firma; (b) un año después de la fecha en que mi caso haya sido cerrado y Primary Care Associates (PCA) haya recibido pago completo y final por servicios prestados.
- Puedo solicitar una copia de la información médica protegida que será revelada. Un cargo por procesamiento o copiado puede aplicar dentro de lo permitido por ley.
- Mi tratamiento no puede estar condicionado a mi firma de esta autorización a menos que mis visitas a PCA sean con el único propósito de que mi empleador o posible empleador reciban mi información de salud.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito en la clínica donde haya recibido los servicios. Mi revocación no aplicará a revelaciones que ya hayan ocurrido bajo esta autorización. La revocación de esta autorización puede traer consecuencias en relacion a mi empleo o posible empleo. Contacte a su empleador para mas detalles.
- Tengo el derecho de no firmar esta autorización o limitar la informacion a ser revelada. Sin embargo, rehusar la firma de esta autorización puede violar mi condición de empleo o posible empleo. Contacte a su empleador para mas detalles.
- Entiendo que mi información puede no ser protegida de revelación adicional por otras entidades que la reciban bajo esta autorización y que PCA no tiene control sobre revelaciones subsecuentes por dichas entidades.

FIRMA

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____