



Patient Authorization for Release of Protected Health Information
Autorización del Paciente para la Divulgación de Información Médica Protegida

Initial here to share information verbally only
Iniciales aquí para la divulgación verbal únicamente

Please allow 10-14 days for processing
Por favor permítanos un plazo de 10 a 14 días para procesarlo

_____ Patient Last Name/Apellido del Paciente	_____ First Name/Nombre	_____ Middle Initial/Inicial del segundo nombre
_____ Maiden Name/Apellido de Soltera	_____ Date of Birth/Fecha de Nacimiento	_____ Phone/Cellphone/Teléfono/Celular
_____ Other Names Used/Otros Nombres Usados		
_____ Medical Records Account Number/Número del Archivo Médico (office use only):		

I REQUEST INFORMATION FROM/Solicito información de: _____ TO BE RELEASED TO/Para ser enviada a: _____

_____ Doctor/Clinic(a)/Hospital:	_____ Doctor/Clinic(a)/Hospital:
_____ Address/Dirección:	_____ Address/Dirección:
_____ City/State/Zip Code, Ciudad/Estado/Código Postal	_____ City/State/Zip Code, Ciudad/Estado/Código Postal
_____ FaxNumber/Número de Fax	_____ FaxNumber/Número de Fax
_____ E-mail/Correo Electrónico	_____ E-mail/Correo Electrónico

RECORDS TO BE RELEASED/Archivos a ser divulgados:	PURPOSE OF RELEASE/Propósito de la divulgación:
Date(s)/Fecha(s) From/Desde: _____ To/hasta: _____ If blank, records for past 1 year will be released/Si esta en blanco divulgaremos 1 año de historia médica.	_____ Transfer or coordination of care/Transferencia o coordinación de la atención médica
_____ Entire record/ Archivo completo	_____ Insurance/Seguro
_____ Behavioral (mental) health records/ Archivos de salud mental	_____ Legal/Legal
_____ Most recent physical exam/ Ultimo examen físico	_____ Personal Use/Usó personal
_____ Medication information/ Información de medicamento	_____ Other/Otro
_____ Lab results/ Resultados de laboratorios	
_____ X ray and/or imaging results/ Rayos X o resultados de imagen	
_____ Immunization record/ Archivo de vacunas	
_____ Other/Otro	

I do not authorize the release of information relating to:
No autorizo la divulgación de información relacionada con:

_____ Psychiatric or psychological evaluation or treatment/Evaluación o tratamiento psiquiátrico o psicológico
 _____ Alcohol/drug abuse evaluation or treatment/ Evaluación o tratamiento en abuso de alcohol o drogas
 _____ HIV/AIDS status

If I do not specify any expiration date, event or condition, this authorization will expire in one year from the date I sign the authorization
 This authorization expires on the following date, event or condition: _____
Si no especifico ninguna fecha, evento o condición esta autorización vencerá en un año a partir de la fecha en que firme la autorización.
Esta autorización vence en la siguiente fecha, evento o condición: _____

I UNDERSTAND THAT:
 *I may revoke this authorization at any time by notifying, in writing, the facility listed above
 *Revoking this authorization does not apply to information that has already been released under this authorization
 *If the disclosed information that goes to a health care provider or a health plan covered by federal privacy laws, will be protected by those laws. Information that goes to other persons/entities could be re-disclosed if not protected by state or federal privacy laws.
 *Signing this authorization WSCHS will not condition my treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits. The only exception is research related treatment.
NOTE: A FEE MAY BE CHARGED FOR COPIES IN ACCORDANCE WITH MN STATUTE 144.335 AND FEDERAL RULE 164.524

ENTIENDO QUE:
 *Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo, por escrito, a la clínica mencionada arriba.
 *Esta revocación no aplica una vez que la información haya sido divulgada bajo esta autorización.
 *Si la información divulgada es recibida por un proveedor de cuidado de salud o un plan de seguro cubierto bajo las leyes federales de privacidad, la información será protegida. La información que sea divulgada a otras personas o entidades no protegidas por el estado o leyes federales de privacidad, pueden ser re-divulgadas.
 *Firmando dicha autorización WSCHS no condicionara mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad de mis beneficios. La única excepción es el tratamiento de investigación relacionados.
NOTA: UN COSTO POR LAS COPIAS PODRIA SER COBRADO DE ACUERDO CON EL ESTATUTO DE MN 144.335 Y LA REGLA FEDERAL 164.524

SIGNATURE/ FIRMA: _____ Patient or patient's representative/Paciente o representante del paciente _____ Date/Fecha _____

Print representative's name/Nombre del representante con letra de molde _____ Relationship to patient/Relación con el paciente _____

Reason patient is unable to sign/Razones por la cual el paciente no pueda firmar: _____ Minor/Menor _____

Deceased/Fallecido _____

Only for patient representative use/Únicamente para el uso del representante del paciente _____ Other/Otro _____

La Clinica 153 Cesar Chavez Street Saint Paul, MN 55107 Phone 651-602-7526 Fax 651-602-7513	East Side Family Clinic 895 East 7th Street Saint Paul, MN 55106 651-772-9757 651-772-9959	McDonough Homes Clinic 1544 Timberlake Road Saint Paul, MN 55117 651-558-2191 651-558-2205	West Side Dental Clinic 478 South Robert Street Saint Paul, MN 55107 651-602-7575 651-602-7518	Health Care for the Homeless/House Calls 438 Main Street Saint Paul, MN 55102 651-647-2364 651-290-6818	Health Start 895 East 7th Street Saint Paul, MN 55106 651-793-2222 651-312-1982
---	--	--	--	---	---