



Patient Authorization to Use or Disclose Protected Health Information
Autorización del Paciente para Usar o Divulgar Información de Salud Protegida

1A. Name of Patient (Nombre del Paciente)
Address (Dirección)
City, State, Zip Code (Ciudad, Estado, Código Postal)
Date of Birth (Fecha de Nacimiento)

1B. Please Select Location (Por favor Seleccione localidad):
Apopka Family - 407-886-4282
Apopka Children - 407-886-3822
Bithlo - 321-221-2043
Forest City - 407-660-1667
Lake Ellenor - 407-855-8882
Leesburg - 352-360-0762
Meadow Woods - 321-221-1057
Pine Hills - 407-209-3220
Southlake - 352-429-5606
Tavares - 352-742-3264
Winter Garden - 407-654-4079

2. Authorizes the Release of Protected Health Information TO CHC FROM:
(Autorizo la Divulgación de Información de Salud Protegida a CHC De Parte De)

Name of Health Care Provider/Plan/Other
(Nombre del Proveedor de Cuidado de la Salud/Plan/Otros)
City, State, Zip Code (Ciudad, Estado, Código Postal)

Street Address (Dirección)
Phone Number (Número de Teléfono) Fax Number (Número de Fax)

3. Information To Be Released (Información que puede Divulgar):

- Medical History Examination, Reports (Historia sobre el Examen Médico, Informes)
Treatments or Tests (Tratamientos o Pruebas)
Immunizations (Inmunizaciones/Vacunas)
X-ray Reports (Informes de Rayos X)
Laboratory Reports (Informes de Laboratorio)
Consultations (Consultas)
Prescriptions (Recetas)
Hospital Records and Reports (Registros y Informes del Hospital)
Entire Record (Registro Completo)
Other (Specify) (Otro [Especifique])

4. Purpose of Disclosure (check appropriate categories) (Propósito de la Divulgación (marque categorías apropiadas))

- Further Medical Care (Atención Médica Adicional)
Changing Physicians (Cambio de Médicos)
Other (Specify) (Otro (Especifique))

5. In compliance with Florida Statutes, which requires special permissions to release otherwise privileged information, please release records pertaining to: (Initials required) Conforme a los Estatutos de la Florida, que requiere permisos especiales para divulgar información privilegiada de lo siguiente, por favor, libere los registros relativos a: (Requiere Iniciales)

May include information related to (please initial): HIV/AIDS Mental Health Drug and/or Alcohol Abuse
Puede incluir información relacionada con (inicie): VIH / SIDA Salud Mental Droga y/o Abuso de Alcohol

6. I understand that this authorization extends to all or any part of the records designated above, which may include psychiatric information, and/or alcohol/drug abuse, and/or AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), and/or may include the result of an HIV test or the fact that an HIV test was performed. I expressly consent to the release of information as designated above unless initialed above or otherwise required by law.

Entiendo que esta autorización se extiende a la totalidad o parte de los registros designados anteriormente, que pueden incluir información psiquiátrica y / o abuso de alcohol / drogas, y / o el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), y / o puede incluir el resultado de una prueba del VIH o el hecho de que se realizó una prueba de VIH. Doy mi consentimiento para la liberación de la información según lo señalado anteriormente, a menos que alla iniciado o que sea requerido por la ley.

7. The authorization will expire on the following date, event or condition: . If I fail to specify an expiration event or condition, the authorization will expire in one year. I understand that this authorization is revocable upon written notice to the office where the original authorization is retained, except to the extent that action has already been taken on this authorization. La autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: . Si no especifico un evento de expiración o condición, la autorización se vencerá en un año. Entiendo que esta autorización es revocable mediante notificación por escrito a la oficina donde se retiene la autorización original, excepto en la medida en que la acción ya ha sido tomada en esta autorización.

I have had an opportunity to review and understand the content of this authorization form. By signing this authorization, I am confirming that it accurately reflects my wishes. I understand that I have the right to inspect or copy the health information I have authorized to be used or disclosed by this authorization form, by sending a written request to CHC's Privacy Officer, and that I have the right to a copy of this authorization form. Privacy Officer, Community Health Centers, Inc., 110 South Woodland Street, Winter Garden, Florida 34787. He tenido la oportunidad de analizar y comprender el contenido de este formulario de autorización. Al firmar esta autorización, estoy confirmando que refleje con precisión mis deseos. Yo entiendo que tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información de salud que he autorizado para ser utilizada o revelada por esta forma de autorización, mediante el envío de una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de CHC, y que tengo derecho a una copia de este formulario de autorización. Privacy Officer, Community Health Centers, Inc., 110 South Street Woodland, Winter Garden, Florida 34787

Patient/Parent/Legal Representative (Signature in full)
Paciente/Padre/Representante Legal (Firma Completa)

Date of Authorization (Fecha de Autorización)

Translator/Interpreter (Print name, address, phone number) Traductor/intérprete (Escriba nombre, dirección, número de teléfono)

If not patient, state relationship to patient or authority to sign
(Si no es el paciente, la relación con el paciente o la autoridad para firmar.)

Type of identification presented
(Tipo de identificación presentada)