



2001 S. California Ave.
Chicago, IL 60608

Phone: 773-584-6200 • Fax: 773-376-8840

AUTHORIZATION TO RELEASE HEALTHCARE INFORMATION

Patient's Name: _____ Date of Birth: _____

Previous Name: _____ Social Security #: _____

I request and authorize _____ to release healthcare information of the patient named above to:

Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Phone: _____ Fax: _____

This request and authorization applies to:

Healthcare information relating to the following treatment, condition, or dates: _____

All healthcare information

Other: _____

Definition: Sexually Transmitted Disease (STD) as defined by law, RCW 70.24 et seq., includes herpes, herpes simplex, human papilloma virus, wart, genital wart, condyloma, Chlamydia, non-specific urethritis, syphilis, VDRL, chancroid, lymphogranuloma venereum, HIV (Human Immunodeficiency Virus), AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), and gonorrhea.

Yes No I authorize the release of my STD results, HIV/AIDS testing, whether negative or positive, to the person(s) listed above. I understand that the person(s) listed above will be notified that I must give specific written permission before disclosure of these test results to anyone.

Yes No I authorize the release of any records regarding drug, alcohol, or mental health treatment to the person(s) listed above.

Redisclosure prohibited: Notice is hereby given to the patient or legal representative signing this Authorization that substance abuse has been disclosed from records whose confidentiality is protected by Federal law. Federal regulations (42 CFR Part 2) prohibit the recipient from making any further disclosure of this information except with specific written contact of the patient. Notice is hereby given to the recipient that Illinois law prohibits the redisclosure of any health information regarding HIV and mental treatment without further authorization.

Patient Signature: _____ Date Signed: _____

Witness Signature: _____ Date Signed: _____

THIS AUTHORIZATION EXPIRES NINETY DAYS AFTER IT IS SIGNED



2001 S. California Ave.
Chicago, IL 60608

Phone: 773-584-6200 • Fax: 773-376-8840

AUTORIZACIÓN PARA RELEVAR INFORMACIÓN MEDICA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Apellido de Soltera: _____ Numero de Seguro Social: _____

Yo autorizo a _____
para relevar la información médica del paciente mencionado en esta forma a la siguiente organización:

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____
Teléfono: _____ Fax: _____

Esta autorización es aplicable a lo siguiente:

Información Médica relacionada con la siguientes condiciones, tratamientos, o fechas:

Toda información medica

Otra: _____

Definición: Enfermedades Transmitidas Sexualmente (ETS), como lo define la ley RCW 70.424 et seq, incluye: herpes simple, virus del papiloma humano, verrugas genitales, condiloma, Clamidilla, uretritis no especifica, sífilis, cancroide, linfogranuloma venereo, virus de inmunodeficiencia humano (VIH), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y gonorrea.

Si No Yo autorizo la relevación de los resultados de los exámenes de ETS, VIH/Sida, sean negativo o positivo a la persona mencionada anteriormente. Yo entiendo que la person mencionada anteriormente será notificada que yo debo de dar permiso por escrito ante de relevar resultados a cualquier persona.

Si No Yo autorizo la relevación de mi expediente sobre tratamiento de drogas, alcohol, o salud mental a la persona mencionada anteriormente.

Prohibido volver a relevar: Aviso dado al paciente o al representate legal firmando esta autorización la privacidad del paciente sobre abuso de sustancias serán relevados sabiendo que hay la ley Federal protege su privacidad. Regulaciones Federales (42 CRF Part 2) prohíbe al recipient de esta forma de hacer relevancia adicional de esta información excepto cuando se da autorización por escrita por el paciente. Aviso de la ley de Illinois, que es dado al recipiente, prohíbe la relevaría de caulquier información sobre VIH o tratamiento de salud mental sin autorización previa.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma de Testigo: _____ Fecha: _____

ESTA AUTORIZACIÓN SERÁ CADUCADA NOVENTA DÍAS DES PUES DE LA FECHA QUE FUE FIRMADA