



0405 Castle Creek Rd., Suite 201. Aspen, CO 81611, Phone: (970) 920-5420. FAX: (970) 920-5419

**AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION**

**Release from:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Patient (please print):**

Name: \_\_\_\_\_  
 DOB: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Phone: \_\_\_\_\_

**Release to:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Information to be released from date** \_\_\_\_\_ **to** \_\_\_\_\_

**I specifically authorize the release of information relating to:**

- History and physical exam
- Progress Notes
- Immunizations
- Lab Reports
- X-ray Reports
- PPD Results
- HIV related information
- Complete hospital record
- Other (please specify): \_\_\_\_\_

**Purpose of Disclosure:**

- Changing physicians
- Insurance
- Consultation/second opinion
- Legal
- Continuing Care
- SSI request
- School
- Workers' Compensation
- Other (please specify): \_\_\_\_\_

I understand this authorization will expire one year after this form has been signed. I understand that I may revoke this authorization at any time by notifying the providing organization in writing, and it will be effective on the date notified except to the extent action has already been taken. I understand that information obtained or disclosed may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer be protected by federal or state privacy regulations. By authorizing this release of information, my health care and payment for my health care will not be affected if I do not sign this form. I understand I may see and copy the information described on this form if I ask for it (permitted by federal or state law to the extent the state law provides greater access) and that I can request a copy of this form after I sign it.

I have been informed that Community Health Services will not receive financial or in-kind compensation in exchange for using or disclosing the health information above. There is no charge for medical records if copies are sent to facilities for ongoing care or follow up treatment. There may be a reasonable fee assessed for records I request for my own use.

I understand that I may refuse to sign this authorization. I further understand that a copy or facsimile of this authorization with my signature may be used with the same effectiveness as an original.

\_\_\_\_\_  
 Signature of Patient or Parent/Authorized Person

\_\_\_\_\_  
 Print Name

\_\_\_\_\_  
 Date

**FOR OFFICE USE ONLY:**

**RECORDS RECEIVED BY:** \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_\_

**RELATIONSHIP TO PATIENT:** \_\_\_\_\_

Date request filled: \_\_\_\_\_

By: \_\_\_\_\_



0405 Castle Creek Rd., Suite 201. Aspen, CO 81611, Phone: (970) 920-5420. FAX: (970) 920-5419

**AUTORIZACION PARA LIBERAR INFORMACION**

**Liberar de:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Información del paciente:**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_

**Liberar a:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Liberar información desde la fecha** \_\_\_\_\_ **a** \_\_\_\_\_

**Específicamente autorizo la divulgación de información relacionada con:**

- Historia y examen físico
- Notas de progreso
- Vacunas
- Informes de laboratorio
- Informes de rayos x
- Resultados PPD
- Información relacionada con el VIH
- Historia clínica completa
- Otros (especifique): \_\_\_\_\_

**Propósito de la divulgación:**

- Cambiar médicos
- Seguros
- Consulta/segunda opinión
- Legal
- Cuidado continuo
- Solicitud de SSI
- Escuela
- Compensación de trabajadores
- Otros (especifique): \_\_\_\_\_

Entiendo que esta autorización vencerá un año después de esta forma se ha firmado. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación a la organización por escrito y será efectiva en la fecha de notificación excepto a las acciones previamente tomadas. Entiendo que la información obtenida o divulgada puede estar sujeta a re-divulgación por parte del receptor y estar protegida por las normas de privacidad federales o estatales. Por autorizar esta divulgación de información, mi atención médica y el pago no serán afectados si no firmo este formulario. Entiendo que puedo ver y copiar la información descrita en este formulario si lo pido (según lo permitido por la ley federal o estatal en la medida el derecho estatal proporciona mayor acceso) y que puedo solicitar una copia de este formulario después de firmarlo.

He sido informado que Community Health Services no recibirá compensación financiera o en especie a cambio por usar o revelar la información de salud anterior. No hay ningún cargo por registros médicos si las copias son enviadas a otras clínicas para continuar o dar seguimiento a su tratamiento. Puede haber una cuota razonable cuando solicita los registros para uso personal.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización. Además, entiendo que una copia o facsímil de esta autorización con mi firma puede utilizarse con la misma eficacia que una original.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre escrito

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE:**

<b>RECORDS RECEIVED BY:</b> _____	<b>DATE:</b> _____
<b>RELATIONSHIP TO PATIENT:</b> _____	
Date request filled: _____	By: _____