

MEDICAL RECORDS RELEASE FORM

This form is for use when such authorization is required. It complies with the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996 Privacy Standards:

Print Name of Patient: _____ **Date of Birth:** ____/____/____

Address: _____ **City:** _____

State: ____ **Zip:** _____ **Phone:** (____) _____ - _____

I. Authorization

I authorize the Loudoun Free Clinic to disclose my health information covering the period from:

____/____/____ (date) to ____/____/____ (date)

The above party may disclose this health information to the following recipient (only fill if documents are to be sent to someone other than patient):

Name (or title) and organization: _____

Address: _____ **City:** _____

State: ____ **Zip:** _____ **Phone:** (____) _____ - _____ **FAX:** (____) _____ - _____

I authorize the Loudoun Free Clinic to mail me/recipient the requested records (initial): ←

I understand that if the recipient of the records is anyone other than another medical provider or the patient, the recipient will incur a fee of 15 CENTS per page to be paid in cash, certified check, or money order payable to the Loudoun Free Clinic (initial): ←

II. My Rights

I understand that I have the right to revoke this authorization, in writing, at any time, except where uses or disclosures have already been made based upon my original permission. I may not be able to revoke this authorization if its purpose was to obtain insurance. In order to revoke this authorization, I must do so in writing and send it to the Loudoun Free Clinic. I understand that uses and disclosures already made based upon my original permission cannot be taken back. I understand that it is possible that information used or disclosed with my permission may be re-disclosed by the recipient and is no longer protected by the HIPAA Privacy Standards.

I understand that treatment by any party may not be conditional upon my signing of this authorization (unless treatment is sought only to create health information for a third party or to take part in a research study) and that I may have the right to refuse to sign this authorization. I can receive a copy of this authorization after I have signed it. A copy of this authorization is as valid as the original.

Print Name of Patient: _____ **Signature of Patient:** _____ ←

III. Additional Consent for Certain Conditions

I consent to having the following information released which may be contained in my record

- Physical Abuse
- Sexual Abuse
- Alcoholism
- Drug Abuse
- Sexually Transmitted Diseases

Print Name of Patient: _____ **Signature of Patient:** _____ ←

IV. Additional Consent for HIV/AIDS

I consent to having the following HIV/AIDS information released which may be contained in my record

- HIV Testing Diagnosis/Treatment
- AIDS Testing Diagnosis/Treatment

Today's Date: ____/____/____

Print Name of Patient: _____ **Signature of Patient:** _____ ←

FORMULARIO PARA LA DIVULGACION DE HISTORIAL MEDICO

Este formulario es para uso cuando se requiere dicha autorización. Cumple con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) de los Estándares de Privacidad de 1996:

Escriba el nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: ____ Código postal: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

I. Autorización: Autorizo a la Clínica Gratuita Loudoun a divulgar mi información de salud que cubre el período

Desde ____/____/____ (fecha) a ____/____/____ (fecha)

La parte anterior puede divulgar esta información de salud al siguiente destinatario (solo complete si los documentos se enviarán a alguien que no sea el paciente):

Nombre (o título) y organización: _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____

Estado: ____ **Código postal:** _____ **Teléfono:** (____) _____ - _____ **FAX:** (____) _____ - _____

Autorizo a la Clínica Gratuita de Loudoun a enviar por correo a mi/al destinatario los registros solicitados (**iniciales**): ←

Entiendo que si el destinatario de los registros no es otro proveedor médico o el paciente, el destinatario incurrirá en una tarifa de 15 CENTAVOS por página que se pagará en efectivo, cheque certificado o giro postal a la Clínica Gratuita de Loudoun (**iniciales**): ←

II. Mis derechos

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto cuando ya se hayan hecho usos o divulgaciones en base a mi permiso original. Es posible que no pueda revocar esta autorización si su propósito haya sido obtener un seguro. Para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y enviarla a la Clínica Gratuita de Loudoun. Entiendo que los usos y divulgaciones ya realizados en base a mi permiso original no pueden ser retirados. Entiendo que es posible que el destinatario vuelva a divulgar la información utilizada o divulgada con mi permiso y que ya no esté protegida por los Estándares de Privacidad de HIPAA.

Entiendo que el tratamiento por cualquier parte puede no estar condicionado a mi firma de esta autorización (a menos que el tratamiento se busque solo para crear información de salud para un tercero o para participar en un estudio de investigación) y que puedo tener el derecho de negarme a firmar esta autorización. Recibiré una copia de esta autorización después de haberla firmado si la pido. Una copia de esta autorización es tan válida como el original.

Escriba el nombre del paciente: _____ Firma del paciente: _____ ←

III. Consentimiento adicional para ciertas condiciones

Doy mi consentimiento para que se divulgue la siguiente información que puede estar contenida en mi registro

- Abuso físico
- Abuso sexual
- Alcoholismo
- Abuso de drogas
- Enfermedades de transmisión sexual

Escriba el nombre del paciente: _____ Firma del paciente: _____ ←

IV. Consentimiento adicional para VIH / SIDA

Doy mi consentimiento para que se divulgue la siguiente información sobre VIH / SIDA que puede estar contenida en mi registro

- Diagnóstico / tratamiento de pruebas de VIH
- Diagnóstico / tratamiento de pruebas de SIDA

El día de hoy: ____/____/____

Escriba el nombre del paciente: _____ Firma del paciente: _____ ←