

Authorization to Release Medical Information

CHEMED

1771 Madison Avenue
Lakewood, NJ 08701
P: 732-364-2144
F: 732-253-4011
E: Info@chemedhealth.org

Date: _____
Fecha

Patient's Name: _____ Date of Birth: _____
Nombre del paciente Fecha de cumpleaños

Address: _____ Phone Number: _____
Dirección Número de teléfono

I authorize the following individual to pick up my medical records on my behalf:

Autorizo a la siguiente persona para recoger mi expediente médico en mi nombre:

Name: _____ Relationship: _____
Nombre Relación

I authorize the following individual(s) or organization to make the disclosure of health information described below:

Autorizo a la siguiente persona (s) u organización para hacer la divulgación de información médica se describe a continuación:

Name (s): _____
Nombre(s)

Phone Number: _____ Fax: _____

I understand that my medical records will not be given to anyone other than myself or the parties specified above.

Verification of identification may be requested at that time.

Yo entiendo que no serán dados mis registros médicos a cualquier persona que no sea yo o las partes mencionadas anteriormente.

La verificación de identificación puede ser solicitada en ese momento.

The information may be disclosed to, and used by, the following individuals (s) or organization (s):

La información puede ser revelada a, y utilizada por, los siguientes individuos (es) u organización (s):

Name: _____ Phone Number: _____
Nombre Número de teléfono

For the following purpose (s) _____ Fax: _____
Para el siguiente objetivo (s)

Please specify if limited information or days of services is being requested: _____
Por favor, especifique si se solicita información o días de servicios limitados:

The information to be disclosed may include the following items unless crossed out by me) :

La información que se divulga puede incluir los siguientes artículos a menos tachado por mí):

Drug and Alcohol abuse and treatment information Information regarding Human Immunodeficiency Virus (HIV) Laboratory Test Results

Genetic testing and counseling, if applicable Diagnosis of AIDS or ARC, if applicable Psychosocial history

History and Physical examination Physician Notes Rehabilitation Notes Consultations Progress Notes Labs, X-rays and Tests

Nurses' Notes Billing Information Discharge Summary. Other Specify:

Drogas y abuso de alcohol y tratamiento de la información La información sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) Resultados de pruebas de laboratorio asesoría y pruebas genéticas, en su caso El diagnóstico de SIDA o ARC, si la historia psicosocial aplicable

La anamnesis y exploración física Notas del médico Rehabilitación Notas Consultas Notas de Progreso laboratorios, rayos X y pruebas

Notas de enfermeras Información de facturación Resumen del alta. Otra especificar:

This authorization may be revoked by me at any time except to the extent that CHEMED has already acted in reliance on this authorization. If I revoke this authorization, I need to do so in writing and mail or hand deliver it to CHEMED at 1771 Madison Avenue, Lakewood, New Jersey 08701, Attention: Compliance Officer. If not revoked by me, this consent will terminate one year from the date of my signature. I understand that I have a right to inspect the information to be disclosed. I understand that I need not sign this authorization in order to ensure health care treatment, payment, enrollment in my health plan, or eligibility for benefits. I understand that information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosed by the recipient and may no longer be protected.

Esta autorización puede ser revocada por mí en cualquier momento, excepto en la medida en que CHEMED ya ha actuado en virtud de esta autorización. Si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y envíe por correo o entregarlo a CHEMED en 1771 Madison Avenue, Lakewood, New Jersey 08701, Atención: Oficial de Cumplimiento. Si no revocado por mí, este consentimiento terminará un año desde la fecha de mi firma. Yo entiendo que tengo el derecho de inspeccionar la información sea revelada. Yo entiendo que no necesito firmar esta autorización con el fin de garantizar un tratamiento de cuidado de la salud, pago, inscripción en mi plan de salud o elegibilidad para beneficios. Yo entiendo que tengo la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una nueva revelada por el recipiente y ya no puede ser protegida:

Signature of patient or legal guardian: _____ Date: _____
Firma del paciente o tutor legal Fecha

If signed by guardian, relationship to patient: _____ Pickup confirmation signature: _____
Si es firmado por el tutor, la relación con el paciente Recoger la firma de confirmación