

***AUTHORIZATION FOR RELEASE OF
PROTECTED HEALTH
INFORMATION -Spanish***

Name:
MRN:
DOB:

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA	AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION
1. INFORMACIÓN DEL CLIENTE/PACIENTE	1. CLIENT/PATIENT INFORMATION
☐ Marque esta casilla si el cliente/paciente falleció.	☐ Check this box if client/patient is deceased.
Nombre legal (nombre, segundo nombre, apellidos): _____	Legal Name (First, Middle, Last): _____
Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa): ____/____/____	Date of Birth (mm-dd-yyyy): ____/____/____
Haga una lista de todos los alias o nombres anteriores que haya usado: _____	List any aliases or previous names you have used: _____
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal): _____	Address (Street, City, State, Zip Code): _____
Correo electrónico (a menos que se especifique lo contrario, los registros se enviarán mediante correo electrónico seguro): _____	Email (unless otherwise specified, records will be delivered via secure email): _____
2. PROPÓSITO DE LA REVELACIÓN	2. RELEASE PURPOSE
☐ Personal	☐ Personal
☐ Legal	☐ Legal
☐ Continuidad de la atención	☐ Continuity of Care
☐ Otro (especifique): _____	☐ Other (specify): _____
3. ¿A QUIÉN QUIERE QUE SE REVELE SU INFORMACIÓN? (Seleccione solo una opción)	3. WHO DO YOU WANT TO RELEASE YOUR INFORMATION? (select only one)
☐ Preferred Family Healthcare y afiliados	☐ Preferred Family Healthcare & affiliates
☐ Otro (nombre/dirección): _____	☐ Other (name/address): _____
4. ¿A QUIÉN QUIERE QUE SE ENTREGUE SU INFORMACIÓN? (seleccione solo una opción)	4. WHO DO YOU WANT YOUR INFORMATION GIVEN TO? (select only one)
☐ A mí (cliente/paciente)	☐ Myself (client/patient)
☐ Tutor legal	☐ Legal Guardian
☐ Representante legal	☐ Legal Representative
☐ Otro (especifique): _____	☐ Other (specify): _____
Nombre _____	Name _____
Teléfono _____	Phone _____
Dirección _____	Address _____
Fax _____	Fax _____
5. FORMA DE ENTREGA	5. DELIVERY METHOD
☐ Correo de EE. UU. (dirección): _____	☐ US Mail (address): _____
☐ Dirección de correo electrónico segura: _____	☐ Secure Email Address: _____
☐ Teléfono de FAX: _____	☐ FAX Number: _____
☐ Recoger en un centro (especifique): _____	☐ Pick up at location (specify): _____
☐ Otro: _____	☐ Other: _____
6. VENCIMIENTO	6. EXPIRATION
A menos que se revoque de otra manera, esta	Unless otherwise revoked, this authorization will expire 1

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION -Spanish

Name:
MRN:
DOB:

autorización vencerá en 1 (un) año a partir de la fecha en que se firme o en:	(one) year from the date signed or on:
Fecha de vencimiento: ____/____/____ o ☐ Evento de vencimiento: _____	Expiration Date: ____/____/____ or ☐ Expiration Event: _____
7. PERÍODO DE TIEMPO Y TIPO DE REGISTROS QUE SE REVELARÁN	7. TIMEFRAME AND TYPE OF RECORDS TO BE RELEASED
Período de tiempo ☐ Todos los registros en estas fechas de servicio (mm-dd-aaaa) ____/____/____ a ____/____/____	Timeframe ☐ All records within these dates of service (mm-dd-yyyy) ____/____/____ to ____/____/____
(Seleccione una opción): ☐ Todos los registros pasados, presentes y futuros	(select one): ☐ All past, present, and future records
Tipo de registros: ☐ Registro completo ☐ Lista de medicamentos ☐ Vacunas	Type of Records: ☐ Complete Record ☐ Medication List ☐ Immunizations
☐ Fechas de tratamiento/servicio ☐ Resultados de pruebas de laboratorio ☐ Planes de tratamiento ☐ Vivienda	☐ Treatment/Service Dates ☐ Lab Results ☐ Treatment Plans ☐ Housing
☐ Evaluaciones psicológicas ☐ Evaluaciones ☐ Reportes de diagnóstico por imágenes ☐ Empleo	☐ Psychological Evaluations ☐ Assessments ☐ Imaging Reports ☐ Employment
☐ Prueba médica y de metabolismo ☐ Notas de progreso ☐ Resumen del alta ☐ Facturación	☐ Metabolic/Health Screening ☐ Progress Notes ☐ Discharge Summary ☐ Billing
☐ Progreso hacia los objetivos ☐ Plan de crisis/seguridad ☐ Diagnósticos ☐ Reportes (tribunales/de la escuela/libertad condicional)	☐ Progress Toward Goals ☐ Crisis/Safety Plan ☐ Diagnoses ☐ Reports (court/ school/probation)
☐ Otro (especifique): _____	☐ Other (specify): _____
☐ Autorizo que se revele cualquiera de los registros marcados arriba que contengan información relacionada con el consumo de sustancias/alcohol, incluyendo exámenes de detección de drogas en orina/resultados de pruebas de drogas/incumplimiento del tratamiento.	☐ I authorize the release of any of the above marked records that contain information related to alcohol/substance use including urine drug screenings/drug test results/non-compliance with treatment.

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION -Spanish

Name:
MRN:
DOB:

☐ Autorizo que se revele cualquiera de los registros marcados arriba que puedan indicar la presencia de enfermedades transmisibles, no transmisibles o venéreas, incluidas entre otras, VIH/sida.	☐ I authorize the release of any of the above marked records which may indicate the presence of communicable, non-communicable, or venereal diseases including but not limited to HIV/AIDS.
8. FIRMA Y FECHA: Lea atentamente las siguientes declaraciones antes de firmar este formulario.	8. SIGNATURE AND DATE: Please read the following statements carefully before signing this form.
Esta autorización puede revocarse en cualquier momento, excepto en la medida en que la agencia se haya basado en ella, mediante el cumplimiento de una revocación por escrito electrónica o mediante la entrega de un aviso por escrito de revocación a: Medical Records, 1111 S. Glenstone Ave., Springfield, MO 65804. La información que se usó o reveló según esta autorización puede estar sujeta a una nueva revelación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida por la ley. La Parte 2 del Título 42 del CFR prohíbe revelar sin autorización los registros de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias/alcohol. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados a que usted firme o no esta autorización. Usted puede solicitar una copia de esta autorización firmada y tiene derecho a inspeccionar y recibir una copia del material que se revelará. Podemos cobrar por copias de registros de acuerdo con la ley estatal. Nota: Un paciente/cliente (mayor de 18 años) debe autorizar que se revelen sus propios registros a menos que esté incapacitado o haya fallecido. Si yo firmo en nombre de un menor, por la presente declaro que ningún tribunal de justicia revocó mis derechos parentales. Las situaciones específicas pueden exigir la autorización del menor. Se necesitan las fechas de la firma (mm/dd/aaaa).	This authorization may be revoked at any time, except to the extent that the agency has taken reliance on it, by executing an electronic written revocation, or by providing written notice of revocation to: Medical Records, 1111 S. Glenstone Ave., Springfield, MO 65804 Information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected by law. 42 CFR Part 2 prohibits the unauthorized re-disclosure of alcohol/substance use disorder treatment records. Treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits may not be conditioned on whether or not you sign this authorization. You may request a copy of this signed authorization & you have the right to inspect and receive a copy of the material to be disclosed. We may charge for copies of records in accordance with state law. Note: A patient/client (18 years or older) must authorize the release of their own records unless incapacitated or deceased. If signing for a minor, I hereby state that my parental rights have not been revoked by a court of law. Specific situations may require minor's authorization. Signature dates are required (mm/dd/yyyy).
Firma del cliente/paciente: _____	Client/Patient Signature: _____
Fecha: ____/____/____	Date: ____/____/____
Firma del tutor/representante legal: _____	Legal Gdn./Rep. Signature: _____
Fecha: ____/____/____	Date: ____/____/____
Nombre en letra de molde: _____	Printed Name: _____
Relación con el cliente/paciente	Relationship to Client/Patient
☐ Padre/madre	☐ Parent
☐ Tutor legal	☐ Legal Guardian

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION -Spanish

Name:
MRN:
DOB:

☐ Representante legal autorizado	☐ Legal Authorized Rep.
ILLINOIS Firma del único testigo: _____	ILLINOIS Only Witness Signature: _____
Fecha: ____/____/____	Date: ____/____/____
IMPORTANTE: Cualquier autorización con modificaciones deberá tener por escrito las iniciales del cliente o tutor. Las modificaciones que no tengan por escrito las iniciales no serán válidas.	IMPORTANT: Any authorization with alterations must have the alterations initialed by the client or guardian. Alterations that are not initialed will be invalid.
INSTRUCCIONES: Cuando se recojan copias en persona, se exigirá una identificación con fotografía y una copia de cualquier documentación legal que verifique el derecho legal para pedir dicha información.	INSTRUCTIONS: When picking up copies in person, a photo ID will be required as well as a copy of any legal documentation verifying legal right to request such information.
Sección 1: Escriba a máquina o con letra de molde el nombre del cliente/paciente, incluyendo los alias o nombres usados antes, fecha de nacimiento y dirección. Marque la casilla si el cliente/paciente falleció.	Section 1: Type or write client/patient name, including any aliases or previous names used, date of birth and address. Check box if client/patient is deceased.
Sección 2: Mencione el motivo por el que se solicita la información. Marque personal para que el cliente/paciente pueda acceder a sus propios registros.	Section 2: Indicate the reason information is being requested. For client/patient access to your own records, check personal.
Sección 3: Mencione DE quién está solicitando información.	Section 3: Indicate who you are requesting information FROM.
Sección 4: Mencione A quién quiere que se revele la información. Si el cliente/paciente es menor de edad, mencione el nombre y la dirección del tutor legal. Solo se puede seleccionar una opción.	Section 4: Indicate who you want the information released TO. If the client/patient is a minor, list Legal Guardian's name and address. Only one option can be selected.
Sección 5: Mencione cómo quiere que se entregue la información al destinatario.	Section 5: Indicate how you want the information to be delivered to the recipient.
Sección 6: Proporcione una fecha de vencimiento o un evento en el que vencerá la autorización. Un evento puede ser, por ejemplo, 60 días después del alta de todos los servicios, 30 días después de la libertad condicional, etc. Si no se proporciona la fecha/evento, la autorización vencerá 1 (un) año a partir de la fecha en que se firme.	Section 6: Provide an expiration date or event upon which the authorization will expire. An event may include things such as, 60-past discharge from all services, 30-days past release of probation, etc. If no date/event is provided the authorization will expire 1 (one) year from the date it is signed.
Sección 7: Escriba el rango de fechas de los registros que está solicitando. Si quiere revelar una serie de visitas que se extiendan hacia el futuro, puede marcar la casilla de la opción "pasado, presente y futuro". Marque el tipo de registros que solicitó. Si se selecciona "Registro completo", se obtendrán los siguientes datos para el período de tiempo designado si está presente en el registro: historia y exámenes físicos y reportes; lista de medicamentos, evaluación antes del ingreso, notas de progreso, plan de tratamiento y actualizaciones del plan de tratamiento, recetas y órdenes del médico, signos vitales, transiciones/plan de atención para después de un procedimiento, resumen del alta, registros de administración de casos, remisiones, evaluación integral	Section 7: Enter the date range of records you are requesting. If you wish to release a series of visits extending into the future, you may mark the box for the option of "past, present, and future." Mark the type of records requested. If "Complete Record" is selected the following shall be produced for the designated time period if present in the record: History and Physical examinations and reports; medication list, preadmission screening, progress notes, treatment plan and treatment plan updates, prescriptions and Physician orders, Vital Signs, Transitions/aftercare plan, Discharge Summary, Case management records, Referrals, Comprehensive Assessment and Psychiatric Evaluation, Diagnostic Tests and Lab results. You may limit the amount of

***AUTHORIZATION FOR RELEASE OF
PROTECTED HEALTH
INFORMATION -Spanish***

Name:
MRN:
DOB:

y evaluación psiquiátrica, pruebas de diagnóstico y resultados de laboratorio. Usted puede limitar la cantidad de información que proporciona marcando únicamente las casillas correspondientes a la información necesaria o indicando específicamente en la casilla "Otros". Los registros relacionados con el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias o alcohol, VIH/sida o enfermedades transmisibles deben estar específicamente autorizados. Marque estas casillas si quiere autorizar que se revelen estos registros/información.

information provided by only checking the corresponding boxes of the information needed or specifically specifying in the "Other" box. Records related to alcohol or substance use disorder treatment, HIV/AIDS, and/or communicable disease must be specifically authorized. Mark these boxes if your desire is to authorize the release of these records/information.

Sección 8: Lea las revelaciones, firme y feche la autorización. Si firma alguien que no sea el cliente/paciente, incluya la documentación legal, escriba en letra de molde el nombre completo e indique la relación con el cliente/paciente. Las situaciones específicas pueden exigir la autorización de un menor. Los residentes de Illinois deben obtener la firma de un testigo.

Section 8: Read disclosures, sign and date authorization. If signed by someone other than the client/patient, include legal documentation, print full name and indicate relationship to client/patient. Specific situations may require a minor's authorization. Illinois residents must obtain a witness signature.

Comuníquese con ROI/Registros Médicos a la dirección/teléfono que se mencionan abajo si tiene preguntas.
Debido al gran número de llamadas telefónicas, espere entre 1 y 2 días hábiles para recibir una respuesta.
Apreciamos su paciencia y esperamos poder ayudarlo.

**833-763-0418 | Fax: 660-677-4005 |
medicalrecords@pfh.org**

Please contact ROI/Medical Records at the address/phone number listed below if you have questions.

Due to the high volume of phone calls, please allow 1-2 business days for a response.
We appreciate your patience and look forward to serving you.

**833-763-0418 | Fax: 660-677-4005 |
medicalrecords@pfh.org**

Nota: Este es un formulario de 2 páginas y no es válido sin ambas páginas.

Note: This is a 2-page form and is not valid without both pages.

Página 2 de 2

Page 2 of 2

Rev.11.24

Rev.11.24