



604 Rose Avenue, Venice, CA 90291
Phone: (310) 392-8636 | Fax: (310) 943-3521

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION

Completion of this document authorizes the disclosure and use of health information about you.

Patient Name: _____ **Date of Birth:** _____

SSN: _____ **VFC MR #:** _____

I authorize _____ to **release** information to:
(name of person/facility who has information)

Name of person/facility to **receive** information: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Type of Records/Information to be Released:

☐ HIV Test Results and
Treatment Information

☐ Drug and Alcohol Abuse

☐ Laboratory, Radiology, and/
or other Diagnostic Reports

☐ Psychiatric Diagnosis

☐ Billing records

☐ All Other Medical Information

Purpose of request: _____

Duration of consent:

Unless otherwise revoked, this Authorization is effective immediately and shall remain in effect until _____ (*insert applicable date*). If no date is indicated, this authorization will expire in six months.

Patient signature: X _____ **Date:** _____

If signed by other than patient, indicate relationship:

Witness (if patient unable to sign):

Case Manager: _____

Telephone: _____

Updated 1/19/2022



604 Rose Avenue, Venice, CA 90291
Teléfono: (310) 392-8636 | Fax: (310) 943-3521

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Al diligenciar este documento autoriza la divulgación y el uso de su información médica.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de seguridad social: _____ N.º de MR de VFC: _____

Autorizo a _____ la **divulgación** de información a:
(nombre de la persona/entidad que tiene la información)

Nombre de la persona/entidad que **recibe** la información: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Tipo de expedientes/información que será divulgada:

☐ Resultados de la prueba de VIH e información del tratamiento

☐ Abuso de drogas y alcohol

☐ Informes de laboratorio, radiología u otros diagnósticos

☐ Diagnósticos psiquiátricos

☐ Expedientes de facturación

☐ Toda la demás información médica

Propósito de la solicitud: _____

Duración del consentimiento:

A menos que se revoque de otro modo, esta autorización entra en vigencia de inmediato y permanecerá vigente hasta _____ (*inserte la fecha correspondiente*). Si no hay una fecha indicada, esta autorización expirará en seis meses.

Firma del paciente: X _____ Fecha: _____

Si es firmado por alguien diferente al paciente, indique su parentesco:

Testigo (en caso de que el paciente no pueda firmar):

Administrador del caso: _____

Teléfono: _____

Actualizado el 19 ene 2022