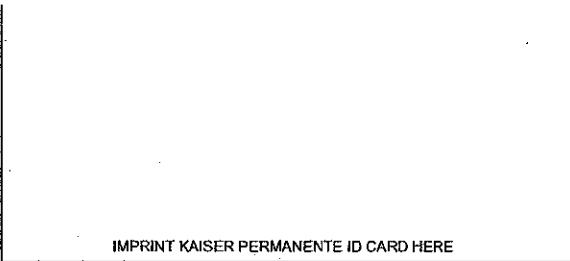




**KAISER PERMANENTE®**

Kaiser Foundation Hospitals  
Southern California Permanente Medical Group

**AUTHORIZATION FOR RELEASE AND / OR DISCLOSURE OF MEDICAL INFORMATION**



Treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits will not be conditioned on my providing or refusing to provide this authorization.

Please **REQUEST** Medical Information **FROM**:

Please **SEND** Medical Information **TO**:

Name of Health Care Provider

Name of Person or Entity to Receive Information

Name of Medical Office/Hospital

Title (Physician, Therapist, Attorney)

Street Address

Street Address

City, State and Zip Code

City, State and Zip Code

**I hereby authorize \_\_\_\_\_ to release and / or disclose the medical information as indicated below to the health care provider, entity, or person I have indicated above.**

**Release and / or disclose records and information regarding:**

Name of Patient (List Other Names Used) Medical Record Number Date of Birth

Address City State Zip Code Telephone Number

**DURATION:** This authorization shall become effective immediately and shall remain in effect until \_\_\_\_\_ (enter date) or for one year from the date of signature if no date entered.

**REVOCAION:** This authorization may be revoked in writing by the undersigned at any time prior to the release of information from the disclosing party. Written revocation will not affect any action taken in reliance on this authorization before the written revocation was received.

**REDISCLASURE:** I understand that the requester may not lawfully further use or disclose the health information unless another authorization is obtained from me or unless disclosure is specifically required or permitted by law. However, once your information is disclosed outside of Kaiser Permanente, it may not be protected.

**SPECIFY RECORDS TO BE RELEASED AND / OR DISCLOSED:** Check the box and initial which type of information is to be released and / or disclosed:  
 General Medical Information (from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_). General Medical Records may include references or referrals to mental health treatment, if noted by my provider, but not the mental health records themselves, unless specifically requested below.

Information Regarding Specific Injury or Treatment (from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_)

X-Ray (check one or both):  Films  Reports

Laboratory Results (from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_)

Mental Health (from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_)

Alcohol / Drug (from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_)

HIV Test Results (from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_)

Other (specify): \_\_\_\_\_

Signature of Patient or Patient's Representative Date

Signature of Patient or Patient's Representative Date

Signature of Patient or Patient's Representative Date

**I request that the health information released and / or disclosed pursuant to this authorization be used for the following purposes only:** \_\_\_\_\_

A copy of this authorization is valid as an original. I have the right to receive a copy of this authorization. The copy is for me to keep.

Date Signature of Patient or Patient's Representative Indicate Relationship (if Signed by Other than Patient)

**AUTHORIZATION FOR RELEASE AND / OR DISCLOSURE OF MEDICAL INFORMATION**

**AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN  
 Y/O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

IMPRINT KAISER PERMANENTE ID CARD HERE

La decisión de dar o no mi autorización no afectará el tratamiento que recibo, los pagos que debo realizar, mi inscripción ni mi posibilidad de reunir los requisitos para obtener beneficios.

Por favor **SOLICITAR** información médica A:

Por favor **ENVIAR** la información médica A:

Nombre del proveedor de atención médica

Nombre de la persona o entidad que recibirá la información

Nombre del consultorio u hospital

Título (médico, terapeuta, abogado)

Dirección

Dirección

Ciudad, estado y código postal

Ciudad, estado y código postal

Por medio de la presente, autorizo a \_\_\_\_\_ a revelar y/o divulgar información médica según se indica a continuación al proveedor de atención médica, entidad o persona que menciono arriba. Debe revelarse y/o divulgarse información y registros médicos de:

Nombre del paciente (escribir todos los nombres usados)	Número de historia clínica	Fecha de nacimiento
	( )	
Domicilio	Ciudad	Estado
	Código postal	Número de teléfono

**DURACIÓN:** Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y será válida hasta el \_\_\_\_\_ (escriba la fecha) o por un año a partir de la fecha en que firma, si no indica aquí una fecha.

**REVOCACIÓN:** Quien firma al pie tiene el derecho a revocar por escrito esta autorización cuando lo desee antes de que se revele la información. Esta revocación por escrito no afectará ninguna medida tomada de conformidad con esta autorización antes de recibida la revocación.

**NUEVA DIVULGACIÓN:** Entiendo que quien solicita la información no podrá utilizarla ni divulgarla legalmente a menos que obtenga una nueva autorización de mi parte o bien la divulgación sea específicamente requerida o contemplada por la ley. **Sin embargo, una vez que su información se divulga fuera de Kaiser Permanente, ésta ya no estará protegida.**

**INDICAR QUÉ REGISTROS DEBEN REVELARSE Y / O DIVULGARSE:** Marque la casilla que corresponda y escriba sus iniciales para indicar qué tipo de información debe revelarse y/o divulgarse:

- Información médica general (del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_). Los registros médicos generales pueden incluir referencias a tratamiento de salud mental, si así lo indica mi proveedor, pero no los registros de salud mental propiamente dichos, a menos que se soliciten específicamente abajo.
- Información sobre tratamientos o lesiones específicos (del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_)
- Radiología (marque una o ambas casillas):  Radiografías  Reportes
- Resultados de laboratorio (del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_)
- Salud mental (del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_)
- Alcoholismo/drogadicción (del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_)
- Resultados de pruebas de VIH (del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_)
- Otros (especificar): \_\_\_\_\_

_____ Firma del paciente o de su representante	_____ Fecha
_____ Firma del paciente o de su representante	_____ Fecha
_____ Firma del paciente o de su representante	_____ Fecha

Solicito que la información médica revelada y/o divulgada conforme a esta autorización se utilice sólo para los siguientes propósitos: \_\_\_\_\_

Una copia de esta autorización tiene la misma validez que el original. Tengo derecho a obtener una copia de esta autorización. La copia es para mis registros.

_____ Fecha	_____ Firma del paciente o de su representante	_____ Indicar la relación o parentesco (si firma otra persona que no sea el paciente)
----------------	---	---