

**Authorization for Use and Disclosure of Protected Health Information**  
(Autorización para el uso y la liberación de información de servicios de salud protegida)

**Patient Name (Nombre del paciente):** \_\_\_\_\_ **Date of Birth (Fecha de nacimiento):** \_\_\_\_\_

**Authorization of release FROM (Autorización de liberación DE):** Valley View Health Center

**Please check the clinic location records are being sent from (Por favor, revise la ubicación de la clínica desde donde se están enviando los registros):**

- |  |  |                                  |                                  |
|--|--|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Centralia         | <input type="checkbox"/> Mary's Corner | <input type="checkbox"/> Pe Ell  | <input type="checkbox"/> Toledo  |
| <input type="checkbox"/> Centralia Walk-In | <input type="checkbox"/> Olympia       | <input type="checkbox"/> Raymond | <input type="checkbox"/> Winlock |
| <input type="checkbox"/> Chehalis          | <input type="checkbox"/> Onalaska      | <input type="checkbox"/> Tenino  |                                  |

**Authorization of release TO (Autorización de liberación PARA):**

Name of facility or provider (Nombre del centro o proveedor): \_\_\_\_\_

Address (Dirección): \_\_\_\_\_ Phone (Teléfono): \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Patient Authorization (Autorización del paciente):**

You may use or disclose of the following healthcare information (check all that apply) (Puede utilizar o liberar la siguiente información de atención médica (marque todas las que correspondan)).

- \_\_\_ Last 2 years of medical records (Los últimos 2 años de los registros médicos)
- \_\_\_ My healthcare information for the date(s) (Mis datos de atención médica para la(s) fecha(s)) \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Other (Otro) \_\_\_\_\_

**Please Initial (Por favor, inicial):**

- \_\_\_ HIV (AIDS virus) (VIH (virus del SIDA))
- \_\_\_ Sexually transmitted diseases (Enfermedades de transmisión sexual)
- \_\_\_ Psychiatric disorders/ mental health (Psiquiatría trastornos/salud mental)
- \_\_\_ Drug and/or alcohol use (Consumo de drogas y/o alcohol)

**Purpose for which disclosure is being made (check one of the following) (Finalidad por la que se realiza la liberación (marque una de las siguientes opciones)):**

- Doctor    Transferring Care (Traslado de atención)    Personal    Attorney (Abogado)    Insurance (Seguro)

**My Rights (Mis derechos):**

I understand I do not have to sign this authorization in order to get health care benefits (Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para obtener beneficios de atención médica) (treatment, payment, or enrollment). However I do have to sign an authorization form (tratamiento, pago o inscripción). Sin embargo, tengo que firmar un formulario de autorización:

- To take part in a research study, or (Para participar en un estudio de investigación; o)
- To receive healthcare when the purpose is to create health care information for a third party. (Para recibir atención médica cuando la finalidad es crear información de atención médica para un tercero.)

I may revoke this authorization in writing. To view the process for revoking this authorization, please read the Privacy Notice to patients posted at the facility where your information is being released. I understand that once health care information I have authorized to be disclosed reaches the noted recipient, that person or organization may re-disclose it at which time I may no longer be protected under Privacy Laws. (Puedo revocar esta autorización por escrito. Para ver el proceso de revocación de esta autorización, lea el aviso de privacidad para pacientes publicado en el centro en el que se está liberando su información. Entiendo que una vez que la información de atención médica que he autorizado a que se libere llegue al destinatario indicado, esa persona u organización podría volver a liberarla, momento en el cual yo podría dejar de estar protegido en el marco de las Leyes de Privacidad).

**SIGNATURE (FIRMA)** \_\_\_\_\_ **DATE (FECHA)** \_\_\_\_\_

**PRINTED NAME (NOMBRE IMPRESO)** \_\_\_\_\_

**Please Check Relationship to Patient (Por favor, marque la relación con el paciente)**

- Parent (Padre)    Legal Guardian (Tutor legal)    Power of Attorney for health care (Poder notarial para la atención médica)    Other (Otro): \_\_\_\_\_

Attach legal documentation if you are the legal guardian or Power of Attorney for Health care. (Si es el tutor legal o tiene un poder para la atención médica, adjunte el documento legal.)

**This authorization will expire 90 days from the date signed**  
(Esta autorización perderá su validez a los 90 días de la fecha de su firma.)