



AUTHORIZATION FOR THE RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

ACCOUNT #: _____

1. PATIENT'S NAME: _____ DATE OF BIRTH: _____ TODAY'S DATE: _____

2.	<input checked="" type="checkbox"/>	RECORDS FROM:	<input checked="" type="checkbox"/>	RECORDS TO:
	<input type="checkbox"/>	Pediatric Medical Group	<input type="checkbox"/>	Pediatric Medical Group: Attn: Privacy Official 1430 E. Main St. Suite 201, Santa Maria, CA 93454 Phone: (805) 922-3548 ext. 311 Fax: (805) 361-0345
	<input type="checkbox"/>	Other:	<input type="checkbox"/>	Other:
		Organization/Person Name		Organization/Person Name
		Street Address		Street Address
		City St Zip		City St Zip
		() ()		() ()
		Phone # Fax #		Phone # Fax #

3. **REQUESTING RECORDS FOR DATES OF SERVICE:** From _____ to _____.

4. **TYPES OF RECORDS REQUESTED:**

Entire Medical Record Immunization / Growth Record Labs/X-Rays Other: _____

5. **REASON FOR REQUEST:**

Transfer of Care/Treatment Personal Insurance Other (explain): _____

6. I understand that the information in my health record may include information relating to sexually transmitted disease, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), or human immunodeficiency virus (HIV). It may also include information about behavioral or mental health services, and treatment for alcohol and drug abuse or self-paid services. You are hereby specifically authorized to release all information or medical records relating to such diagnosis, testing, or treatment, unless specifically excluded below.

MINORS AGE 13-17: A minor patient's signature is required in order to release the following information: (1) conditions relating to the minors reproductive care including, but not limited to: contraception, pregnancy, and pregnancy termination, sterilization, and sexually transmitted diseases (age 14 and older), (2) alcohol and/or drug abuse (age 13 and older), and (3) mental health conditions (age 13 and older).

I hereby consent to the release of the specified information relating to diagnosis, testing or treatment to the person or entity named above. I understand that such information cannot be released without my informed consent. I acknowledge I have fully reviewed and understand the contents of this authorization form. My signature below indicates that I hereby agree to and authorize the release of patient health information to the above named person or organization. I have the right to revoke or cancel this authorization, in writing, at any time. I understand that I do not have to sign this authorization in order to get health care benefits (treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits). I understand I have a right to receive a copy of this authorization.

THIS FORM WILL EXPIRE 1 YEAR FROM THE DATE SIGNED UNLESS OTHERWISE SPECIFIED. THERE MAY BE A CHARGE FOR COPIES OF YOUR MEDICAL RECORD UNLESS BEING SENT TO ANOTHER PHYSICIAN OR HEALTHCARE FACILITY.

PARENT OR LEGAL GUARDIAN: _____ DATE _____

RELATIONSHIP TO PATIENT Mother Father Foster Parent Legal Guardian Other: _____
(You may be required to provide legal documentation as proof for power of attorney or guardianship)

PATIENT SIGNATURE (AGE 13-17): _____ DATE _____

1. NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA DE HOY: _____

<input checked="" type="checkbox"/>	REGISTROS DE (FROM):	<input checked="" type="checkbox"/>	REGISTROS PARA (TO):
<input type="checkbox"/>	Pediatric Medical Group	<input type="checkbox"/>	Pediatric Medical Group: Attn: Privacy Official 1430 E. Main St. Suite 201, Santa Maria, CA 93454 Phone: (805) 922-3548 ext. 311 Fax: (805) 361-0345
<input type="checkbox"/>	Otro: Organización/ Nombre de persona Dirección/calle Ciudad Estado Código Postal () () Número de teléfono Número de fax	<input type="checkbox"/>	Otro: Organización/ Nombre de persona Dirección/calle Ciudad Estado Código Postal () () Número de teléfono Número de fax

3. **SOLICITANDO EXPEDIENTE PARA LAS FECHAS DE SERVICIO:** De _____ A _____.

4. **TIPO DE EXPEDIENTES SOLICITADOS:**

Archivo Completo Registro de vacunas / crecimiento Laboratorio / Radiografías Otro: _____

5. **RAZÓN DE SOLICITUD:**

Transferimiento de cuidado/ Tratamiento Personal Aseguransa Otro (explique): _____

6. Yo entiendo que la información en mi expediente médico puede incluir información relacionada a enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS), o virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Este puede también incluir información sobre los servicios de comportamiento o salud mental y tratamiento por el abuso de alcohol y drogas o servicios de auto-pago. Usted esta autorizando específicamente por la presente la revelación de toda la información o expediente médico relacionados como diagnósticos, exanimaciones, o tratamientos, a menos que se excluya específicamente a continuación .

Menores de edad de 13-17 años: La firma de un paciente menor de edad es requerida con el fin de revelar la siguiente información: (1) condiciones relacionadas con el cuidado reproductivo del menor incluyendo, pero no limitado: anticoncepción, embarazo y terminación del embarazo, esterilización, y enfermedades de transmisión sexual (edad 14 años y mayores), (2) alcohol y, o abuso de drogas (edad 13 años y mayores), y (3) condiciones de salud mental (edad 13 años y mayores).

Doy mi consentimiento a la revelación de la información especificada en relación a diagnósticos, exanimaciones o tratamientos a la persona o entidad nombrada anteriormente. Yo entiendo que tal información no puede ser revelada sin consentimiento. Reconozco que he revisado plenamente y entiendo el contenido de esta forma de autorización. Mi firma a continuación indica por la presente que acepto y autorizo la revelación de la información de salud del paciente a la persona u organización antes mencionada. Tengo el derecho de revocar o cancelar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Entiendo que no tengo que firmar esta autorización con el fin de obtener beneficios de cuidado de la salud (tratamiento, pago, inscripción, o elegibilidad para los beneficios). Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

ESTA FORMA EXPIRARÁ 1 AÑO DESDE DE LA FECHA FIRMADA A MENOS QUE SE ESPECIFIQUE LO CONTRARIO. PUEDE HABER UN CARGO POR LAS COPIAS DE SUS EXPEDIENTES MÉDICOS A MENOS QUE SE ENVÍEN A OTRO MÉDICO O CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA.

PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL: _____ **FECHA :** _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE: Madre Padre padre de crianza tutor legal otro: _____
(Se le puede pedir que proporcione documentación legal como prueba de poder notarial o tutela.)

FIRMA DEL PACIENTE (EDAD 13-17 AÑOS): _____ **FECHA:** _____