



**AUTHORIZATION FOR BCHC TO RELEASE
MEDICAL INFORMATION**
*AUTORIZACIÓN PARA BCHC PARA
DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA*

Patient Name/ <i>Nombre del Paciente:</i>	Birth Date/ <i>Fecha de Nacimiento:</i>	SS#(last 4 digits)/ <i>(ultimos 4 dígitos):</i>		
Address/ <i>Dirección:</i>	City/ <i>Ciudad:</i>	State/ <i>Estado:</i>	Zip code/ <i>Código Postal:</i>	Phone/ <i>Teléfono:</i>

I authorize/*Yo autorizo:*

Name of person or facility which has information/ <i>Nombre de la persona o entidad que posee la información:</i> BERKS COMMUNITY HEALTH CENTER			
Address/ <i>Dirección:</i> 838 Penn Street	City/ <i>Ciudad:</i> Reading	State/ <i>Estado:</i> PA	Zip code/ <i>Código Postal:</i> 19602
Phone/ <i>Teléfono:</i> 610-988-4838		Fax number/ <i>Número de Fax:</i> 610-988-4824	

to release health information to/*a divulgar información médica a:*

Name of person or facility to receive health information/ <i>Nombre de la persona o entidad que recibirá la información:</i>			
Address/ <i>Dirección:</i>	City/ <i>Ciudad:</i>	State/ <i>Estado:</i>	Zip code/ <i>Código Postal:</i>
Phone/ <i>Teléfono:</i>		Fax number/ <i>Número de Fax:</i>	

Type of records/*Tipo de expedientes:*

(INITIAL ALL the boxes below that are applicable/**ESCRIBA SUS INICIALES TODOS** en las casillas que procedan)

Medical <i>Medico</i>	Mental Health <i>Salud mental</i>	Drugs or/and Alcohol abuse <i>Abuso de drogas y/o alcohol</i>	HIV/AIDS or other communicable disease <i>VIH/SIDA u otras enfermedades contagiosas</i>
--------------------------	--------------------------------------	--	--

(3) years of information/*(3) años de información* OR/O Dates of service/*Fechas de servicio:* _____
(Put a checkmark only on the boxes below that are applicable/*Haga una marca de cotejo [v] solo en las casillas que procedan*)

Outpatient clinic notes <i>Notas clínicas de paciente externo</i>	Operative and procedure notes/ <i>Notas operatorias y de procedimientos</i>	Radiology and other diagnostic reports <i>Reportes de radiología y otros informes de diagnóstico</i>
History & physical <i>Historia y examen físico</i>	Emergency Dept. notes <i>Notas de sala de emergencias</i>	Laboratory reports <i>Reportes de laboratorio</i>
Progress notes <i>Notas de progreso</i>	Discharge summary <i>Resumen de alta</i>	Pathology reports <i>Reportes de patología</i>
Billing records <i>Expedientes de facturación</i>	Consultations/Evaluations <i>Consultas/Evaluaciones</i>	EKGs <i>Electrocardiogramas</i>
Dental records <i>Expedientes dentales</i>	Other/ otros:	

Purpose of the request/*Propósito de la solicitud:*

Legal <i>Legal</i>	Continued patient care <i>Continuación de cuidado médico</i>	Social services/Disability <i>Servicios sociales/Incapacidad</i>	Other/ <i>Otro:</i>
-----------------------	---	---	---------------------

NOTICE/NOTIFICACION:

Berks Community Health Care and many other organizations and individuals such as physicians, hospitals, and health plans are required by law to keep your health information confidential. If you have authorized the disclosure of your health information to someone who is not legally required to keep it confidential, it may no longer be protected by state or federal confidentiality laws.

La ley requiere que Berks Community Health Center así como otras organizaciones e individuos tales como médicos, hospitales y compañías de seguros médicos, conserven la confidencialidad de su información de salud. Si usted ha autorizado la divulgación de su información de salud a alguien que legalmente no es requerido que la mantenga confidencial, es posible que ésta ya no esté protegida por las leyes de confidencialidad estatales ni federales.

MY RIGHTS/MIS DERECHOS:

- I may revoke this authorization in writing at any time, this revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization.
Yo puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, esta revocación no incluye aquella información que ya ha sido divulgada como respuesta a esta autorización.
- I understand this authorization is voluntary, I may refuse to sign it. My treatment, payment, enrollment in a health plan, or eligibility for benefits can not be conditioned upon my authorization of this disclosure.
Yo entiendo que esta autorización es voluntaria, yo puedo negarme a firmarla. Mi tratamiento, los pagos, la inscripción en un plan médico o aptitud para recibir beneficios no se condicionarán en base a mi firma en este document.
- I am entitled to inspect or copy the health information to be disclosed.
Yo tengo derecho a inspeccionar o copiar la información a ser divulgada.

EXPIRATION OF AUTHORIZATION/CADUCACION DE LA AUTORIZACION

Unless otherwise revoked, this authorization will expire on the following date, event or condition: _____
A menos que esta autorización sea revocada, caducará en la siguiente fecha, evento o condición: _____

If I fail to specify an expiration date, event or condition, this authorization will expire automatically in ninety (90) days from the date of signature/*Si no especifico una fecha, evento o condición de caducación, esta autorización caducará automáticamente a los noventa (90) días de la fecha en que se firmó.*

**I have read and understand the information in this authorization form
*He leído y entendido la información en esta forma de autorización***

Signature of patient or Patient's legal representative/ <i>Firma del paciente o Representante legal del paciente</i>		Phone/Teléfono
Print name/ <i>Nombre en letra de molde</i>	Date/ <i>Fecha</i>	Time/ <i>Hora</i>
If signed by someone other than the patient, state your relationship or authority to the patient <i>Si la firma no es del paciente, explique el parentesco o autoridad al paciente</i>		

WITNESS

Signature of witness/ <i>Firma del testigo</i>		Date/ <i>Fecha</i>	Time/ <i>Hora</i>
Print name/ <i>Nombre en letra de molde</i>	Title/ <i>Título</i>		

Medical Release Instructions

Patient information (individual whose information is being requested for): Please print patient's first and last name, date of birth, last four digits of social security number, complete address and phone number.

I authorize (person or facility that has the medical records): Please print complete name of person or facility, complete address, phone number and fax number.

To release health information to (person or facility that will receive the medical records): Please print complete name of person or facility, complete address, phone number and fax number.

Type of records: In this section you must give instructions to which information you want released.

- If you want information regarding mental health, drugs and alcohol, or communicable diseases released you must initial in the box next to each one. If you only want medical information release, you will only initial that box.
- You can release just 3 years of information or you can specify service dates you want released.
- Select the type of records you want released.

Purpose of the request: Please identify why you need a copy of the records.

Please read: Notice and My Rights

Expiration of authorization: You may write a date that you want this authorization to expire, otherwise it will expire in 90 days from the date signed.

I have read and understand the information in this authorization form: In this section you will sign the authorization. Also print your complete name, phone number, date and time. If you are not the patient, please state your relationship. (Must show ID to BCHC employee)

Witness: A BCHC employee must witness this authorization. The employee must sign, then print name, date, time and title.

Note: Make sure you take a copy of this authorization for your records.

Instrucciones para la forma de Divulgación Médica

Información del paciente (individuo para el cual están solicitando información): Por favor escriba en letra de molde, nombre y apellido del paciente, fecha de nacimiento, los últimos cuatro números del seguro social, dirección completa y número de teléfono.

Yo autorizo (persona o entidad que posee los expedientes médicos): Por favor escriba en letra de molde, nombre completo de la persona o entidad, dirección completa, número de teléfono y número de fax.

A divulgar información médica a (persona o entidad que recibirá los expedientes médicos): Por favor escriba en letra de molde, nombre completo de la persona o entidad, dirección completa, número de teléfono y número de fax.

Tipo de expedientes: En esta sección usted debe de dar instrucciones hacia que información usted quiere que sea divulgada.

- Si usted desea que información sea divulgada sobre salud mental, drogas y alcohol, o enfermedades contagiosas, usted tiene que iniciar en la casilla al lado de cada una. Si usted solo desea información médica escriba sus iniciales solo en esa casilla.
- Usted puede divulgar solo 3 años de información o puede especificar las fechas de servicio que desea divulgar.
- Seleccione los tipos de expedientes que desea divulgar.

Propósito de la solicitud: Por favor identifique porque necesita copia de los expedientes.

Favor leer: Notificación y Mis Derechos

Caducación de la autorización: Usted puede escribir el día que desea que esta autorización caduque, de lo contrario expirará en 90 días de la fecha que fue firmada.

He leído y entendido la información en esta forma de autorización: En esta sección usted firmará la autorización. También escriba en letra de molde su nombre y apellido, número de teléfono, fecha y hora. Si usted no es el paciente, por favor especifique su relación. (Usted tiene que enseñarle identificación al empleado de BCHC)

Testigo: Un empleado de BCHC tiene que ser testigo de esta autorización. El empleado tiene que firmar, luego escribir en letra de molde el nombre, fecha, hora y título.

Nota: Asegure mantener una copia de esta autorización para sus archivos.