



Patient Name

Date of Birth (MM/DD/YYYY)

Authorization to Verbally Disclose Protected Health Information

Note: This authorization does NOT allow for the disclosing of copies from the patient's health record. If there is an anticipated need for copies of the patient's Neighborhood Health Center record, the form 'Authorization to Release Health Care Information' must be completed and submitted to the reception staff

I authorize Neighborhood Health Center to discuss/share protected health information about me with the following individual(s) listed below who are involved in my care. This authorization shall be in effect until revoked by me.

1. Yes No

Name	Relationship	Phone Number	Allow Detailed Messages?
<input type="checkbox"/> Any Information about the patient's treatment * OR:			
<input type="checkbox"/> Laboratory Results	<input type="checkbox"/> Medical instructions or advice	<input type="checkbox"/> x-ray reports	
<input type="checkbox"/> Prescription Drug Information	<input type="checkbox"/> Other (specify): _____		

2. Yes No

Name	Relationship	Phone Number	Allow Detailed Messages?
<input type="checkbox"/> Any Information about the patient's treatment * OR:			
<input type="checkbox"/> Laboratory Results	<input type="checkbox"/> Medical instructions or advice	<input type="checkbox"/> x-ray reports	
<input type="checkbox"/> Prescription Drug Information	<input type="checkbox"/> Other (specify): _____		

3. Yes No

Name	Relationship	Phone Number	Allow Detailed Messages?
<input type="checkbox"/> Any Information about the patient's treatment * OR:			
<input type="checkbox"/> Laboratory Results	<input type="checkbox"/> Medical instructions or advice	<input type="checkbox"/> x-ray reports	
<input type="checkbox"/> Prescription Drug Information	<input type="checkbox"/> Other (specify): _____		

4. Yes No

Name	Relationship	Phone Number	Allow Detailed Messages?
<input type="checkbox"/> Any Information about the patient's treatment * OR:			
<input type="checkbox"/> Laboratory Results	<input type="checkbox"/> Medical instructions or advice	<input type="checkbox"/> x-ray reports	
<input type="checkbox"/> Prescription Drug Information	<input type="checkbox"/> Other (specify): _____		

*I understand that this may include detailed personal medical information including medical services to be provided

Signature of Patient/Authorized Individual

Date

This consent form will expire when revoked in writing by the patient/representative or in the case of a minor, on the date the minor becomes an adult under state law, whichever occurs first. Submitting a new form will revoke existing form



Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____

Autorización para revelar información de salud protegida verbalmente

OJO: Esta autorización **NO** permite revelación de fotocopias de los expedientes médicos del paciente. Si Ud. necesita una copia de los expedientes médicos de Neighborhood Health Center, la forma 'Authorization to Release Health Care Information' debe ser llenada y sometida a la personal de recepción.

Autorizo a Neighborhood Health Center a tratar/compartir mi información protegida de salud con las siguientes personas quienes están involucrados en mi atención. Esta autorización será válida hasta que la revoque.

1. sí no

Nombre _____ pariente _____ número de teléfono _____ ¿permitir que se deje mensajes detallados? _____

Cualquier información sobre el tratamiento del paciente * O las siguientes opciones especificadas:

Resultados de laboratorio Consejo médico o instrucciones Radiografía

Información sobre los medicamentos recetados Otro: _____

2. sí no

Nombre _____ pariente _____ número de teléfono _____ ¿permitir que se deje mensajes detallados? _____

Cualquier información sobre el tratamiento del paciente * O las siguientes opciones especificadas:

Resultados de laboratorio Consejo médico o instrucciones Radiografía

Información sobre los medicamentos recetados Otro: _____

3. sí no

Nombre _____ pariente _____ número de teléfono _____ ¿permitir que se deje mensajes detallados? _____

Cualquier información sobre el tratamiento del paciente * O las siguientes opciones especificadas:

Resultados de laboratorio Consejo médico o instrucciones Radiografía

Información sobre los medicamentos recetados Otro: _____

4. sí no

Nombre _____ pariente _____ número de teléfono _____ ¿permitir que se deje mensajes detallados? _____

Cualquier información sobre el tratamiento del paciente * O las siguientes opciones especificadas:

Resultados de laboratorio Consejo médico o instrucciones Radiografía

Información sobre los medicamentos recetados Otro: _____

*Entiendo que esto puede incluir información detallada y personal que se refiere a mi tratamiento o servicios médicos que pueden ser proporcionados y la información indicada anteriormente.

Firma del paciente/persona autorizada

Fecha

Este consentimiento vencerá cuando revocado por escrito por el paciente/representante o en el caso de que el paciente sea menor de edad, en la fecha que el paciente alcance la edad de consentimiento, lo que ocurra primero. Al someter una nueva forma revocará la forma actual.