



AUTHORIZATION FOR USE AND/OR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION

AUTHORIZATION

I understand that by signing below, I authorize U.S. HealthWorks Medical Group to use and/or disclose health information about me. In this regard, I hereby authorize and request U.S. HealthWorks Medical Group to release my health information to: _____, and/or my employer or prospective employer, insurance companies, third party administrators, utilization review organizations, healthcare service plans, or to any other person or entity, as necessary, in connection with certification, payment or reimbursement for services rendered to me, as authorized or required by law. The information will include, and not be limited to, histories, physician office notes (except psychotherapy notes, if any), diagnostic studies, test results, referrals, consults, reports of health care providers, and billing and/or insurance records, as follows (check all the boxes that apply):

☐ **All my medical records** including medical history, mental/physical condition and treatment received or those generated between the following dates: from: _____ to: _____, except for psychotherapy notes or HIV test results, which require a separate consent;
OR

☐ **The following specific medical records** (Check all the boxes that apply):

☐ Mental health treatment information	☐ Alcohol/drug abuse treatment information
☐ Genetic information	☐ Infectious disease (<i>e.g.</i> , tuberculosis) information
☐ Sexually transmitted disease information (other than HIV test results)	

RIGHTS IN CONNECTION WITH THIS AUTHORIZATION

This authorization will expire on/ or upon _____. I understand if no date or event is specified, this authorization will expire one (1) year from the date of my signature of this form.

I may review or obtain a copy of the health information that will be used or disclosed pursuant to this authorization (with the possible exception of some mental health records), upon payment of processing/copying charges that may apply as permitted by law.

Unless the sole purpose of my visit(s) to U.S. HealthWorks Medical Group is for my employer or prospective employer (or another third party) to obtain health information about me, my treatment (as well as payment for my treatment, and enrollment or eligibility for benefits) may not be conditioned on my signing of this authorization.

I may revoke this authorization at any time, but I must do so in writing and submit such revocation to this clinic, where my records have been generated and are kept. My revocation will take effect upon receipt, except to the extent that others may have already acted in reliance upon this authorization.

I have a right to receive a copy of this authorization.

NOTICE / ACKNOWLEDGEMENT REGARDING RE-DISCLOSURE

I understand that in some instances, it may be permissible under both State and Federal medical information confidentiality law and federal health information privacy law (HIPAA) for information that has been disclosed pursuant to this authorization to be re-disclosed by the recipients.

SIGNATURES

Patient/ Representative/ Spouse/ or Responsible Party (Print Name): _____

If signed by someone other than the patient, state legal relationship to the patient: _____

Signature: _____ Date: _____ Time: _____

AUTORIZACIÓN

Entiendo que al firmar abajo, autorizo a U.S. HealthWorks a usar o revelar mi información médica. Por esto, autorizo y solicito a US HealthWorks a revelar mi información médica a: _____, y/o a mi actual o posible patrón/empleador, aseguradora, terceros responsables por administración, revisadores de utilización, planes médicos, o cualquier persona o entidad en conexión con la certificación, pago o reembolso por servicios prestados a mí, como sea necesario, autorizados o requeridos por ley. La información incluirá, y no estará limitada, a historia, notas médicas (excepto psicoterápicas, si existen), exámenes, estudios diagnósticos, referencias, consultas, reportes médicos, archivos de cobranzas o aseguradoras, como indico a continuación: (Marque todas las casillas que apliquen)

☐ **Todos mis archivos médicos**, incluyendo historia médica, condición física y mental, y tratamiento recibidos; o mi documentación médica generada entre las siguientes fechas: _____ y _____ excepto notas de psicoterapia o resultados de exámenes de VIH o SIDA, los cuales requieren de autorización por separado

o

☐ **La siguiente información médica** : (Marque todas las casillas que apliquen)):

- | | |
|--|---|
| ☐ Tratamiento de salud mental | ☐ Tratamiento de abuso de alcohol y drogas |
| ☐ genética | ☐ Enfermedades infecciosas (por ejemplo, tuberculosis) |
| ☐ Enfermedades de transmisión sexual (excepto resultados de VIH o SIDA) | |

DERECHOS EN CONEXION CON ESTA AUTORIZACIÓN

Esta autorización expirará en/ o en el evento siguiente: _____. Entiendo que si no especifico una fecha, esta autorización caducará un año después de la fecha de su firma.

Puedo revisar u obtener una copia de la información a ser usada o divulgada en base a esta autorización (con la posible excepción de alguna información de salud mental) luego del pago por cargos de procesamiento y copiado de documentos que puedan aplicar y sean permitidos por ley.

A menos que la única razón de mi(s) visita(s) a US HealthWorks sea(n) para que mi actual o posible patrón/empleador obtenga información médica acerca de mí, mi tratamiento (así como el pago por mi tratamiento y enrolamiento o elegibilidad para beneficios) no puede ser condicionado a la firma de esta autorización.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, sin embargo, debo hacerlo por escrito e introducirla en esta clínica, en donde mis archivos han sido generados y son mantenidos. Mi revocación entrará en efecto cuando sea recibida, excepto en cuanto a acciones ya ejecutadas.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización

AVISO Y RECONOCIMIENTO CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN

Entiendo que en algunos casos, puede ser permitido, bajo leyes estatales y federales de confidencialidad de información médica y la ley federal de privacidad de información de salud (HIPAA), que mi información divulgada bajo esta autorización puede ser a su vez, divulgada por aquellos que la hayan recibido.

Paciente / Representante / Esposo(a) / Persona Responsable: _____

En caso de ser firmada por alguien diferente al paciente, indique el parentesco: _____

Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____