

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

Autorizacion Para Prporcionar Informacion

I HEREBY GIVE MY PERMISSION TO: _____

Yo por este medio doy mi permiso a:

TO RELEASE A COPY OF (LIST SPECIFIC INFORMATION/DOCUMENTS): **All Medical Records, labs and Diagnostic**

A que proporcione una copia de (liste informacion/documentos especificos): **test.**

TO: _____ PCP: **BIRJIS K. ALAM, M.D., P.A.**

Address: **12781 Miramar Parkway, Suite 101, Miramar. FL 33027**
Phone: (954) 437-2020, Fax: (954) 436-9614

FOR THE PURPOSE(S) OF (ALCOHOL & DRUG ABUSE CLIENTS ONLY): _____

Con el proposito de (Clientes de Abuso de Alcohol & Drogas solamente): _____

THIS IS _____ A SINGLE DISCLOSURE OR _____ A CONTINUING DISCLOSURE FOR 90 DAYS. (Check one)

Este es _____ una sola autorizacion o _____ una autorizacion continua por 90 Dias. (Marque una)

PRIMARY LANGUAGE (ES PANOL): _____

DATE ON WHICH CONSENT IS GIVEN: _____

Fecha en que se dio consentimiento:

RELEASE EXPIRATION DATE: _____

Fecha de expiracion del consentimiento:

CONSENT IS SUBJECT TO REVOCATION AT ANY TIME.
CONSENTIMIENTO ESTA SUJETO A SER REVOCADO EN CUALQUIER MOMENTO.

I HEREBY RELEASE THE FACILITY FROM ANY LIABILITY WHICH MAY ARIES AS A RESULT OF THE USE OF THE INFORMATION CONTAINED IN THE RECORDS RELEASED.

Yo por este medio relevo a esta empresa de cualquier responsabilidad que pueda surgir como resultado del uso de la informacion contenida en los documentos remitidos.

NAME OF THE PATIENT: _____ BIRTHDATE: _____

Nombre del paciente: _____ (PRINT) Fecha de nacimiento: _____

SIGNATURE OF PATIENT: _____ DATE: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

SIGNATURE OF GUARDIAN: _____ DATE: _____

Firma del custodio: _____ (IF NEEDED/Si es necesario) Fecha: _____

SIGNATURE OF WITNESS: _____ DATE: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

TO RECEIVING AGENCY: PROHIBITION OF REDISCLOSURE
A LA AGENCIA QUE RECIBA LA INFORMACION: PROHIBICION DE REVELAR

THIS INFORMATION HAS BEEN DISCLOSED TO YOU FROM RECORDS WHOSE CONFIDENTIALITY IS PROTECTED. ANY FURTHER REDISCLOSURE IS STRICTLY PROHIBITED UNLESS THE PATIENT PROVIDES SPECIFIC WRITTEN CONSENT FOR THE SUBSEQUENT DISCLOSURE OF THIS INFORMATION.

Esta informacion ha sido proporcionada a usted de documentos cuya confidencialidad es protegida. Cualquier declaracion adicional es estrictamente prohibida a menos que el pacient de su consentimiento especificamente por escrito permitiendolo.

THE INDIVIDUAL AUTHORIZING THE RELEASE OF SUCH INDIVIDUAL'S INFORMATION, OR THE PERSON AUTHORIZED TO ACT ON BEHALF OF THE INDIVIDUAL, OR THE INDIVIDUAL'S AUTHORIZED REPRESENTATIVE IS ENTITLED TO RECEIVE A COPY OF THIS AUTHORIZATION FORM, UPON PRESENTING DOCUMENTATION SETTING OUT THE AUTHORIZATION TO ACT ON BEHALF OF SUCH INDIVIDUAL.

La persona que autoriza el suministro de informacion correspondiente a si misma, o la persona autorizada para actuar en representacion de dicha persona, o la persona autorizada como su representante tiene derecho a recibir una copia de este formulario de autorizacion al presentar la documentacion necesaria que compruebe que ha sido autorizada para actuar en representacion de dicha persona.