

Medical Information Disclosure

Divulgación de Información Médica

Authorization / Autorización

I authorize Camarena Occupational Health to release my confidential medical information and records. This includes my medical history, illness or injury, treatment, diagnosis, prescriptions, x-rays, and records from other doctors. Information may be sent by mail, fax, or electronically.

Autorizo a Camarena Occupational Health a divulgar mi información y registros médicos confidenciales. Esto incluye mi historial médico, enfermedades o lesiones, tratamiento, diagnóstico, recetas, radiografías y registros de otros médicos. La información puede enviarse por correo, fax o electrónicamente.

Note / Nota: Some records—like those about minors, HIV, mental health, or drug and alcohol treatment—have special protections and may need extra permission.

Algunos registros, como los relacionados con menores, VIH, salud mental o tratamiento de drogas y alcohol, tienen protecciones especiales y pueden requerir permiso adicional.

Authorization Type / Tipo de Autorización:

☐ **Full / Completa** (all records, excluding Substance Abuse, Mental Health, HIV Diagnosis/Treatment)

(Todos los registros, excepto Abuso de Sustancias, Salud Mental, Diagnóstico/Tratamiento del VIH)

☐ **Includes only the following** (Incluye solo lo siguiente): _____

The following records may also be released with my consent:

Los siguientes registros también pueden ser divulgados con mi consentimiento:

☐ Drug/Alcohol/Substance Abuse
Abuso de drogas/alcohol/sustancias

☐ HIV Diagnosis/Treatment
Diagnóstico/tratamiento del VIH

☐ Genetic Information Tests for Antibodies to HIV
Pruebas de información genética para anticuerpos contra el VIH

☐ Psychiatric/Mental Health
Psiquiatría / Salud Mental

Authorization Term / Plazo de Autorización

This authorization is valid immediately and continues unless a date is provided here: _____

Esta autorización es válida de inmediato y continuará vigente a menos que se indique una fecha aquí:

Authorization Limits / Límites de la Autorización

Further use or disclosure of this medical information is not allowed unless I provide another authorization or it is permitted by law. A photocopy or fax of this authorization is as valid as the original.

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

El uso o divulgación adicional de esta información médica no está permitido a menos que proporcione otra autorización o lo permita la ley. Una fotocopia o fax de esta autorización es tan válida como el original.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Patient Signature _____ **Print Name** _____ **Date** _____
Firma Nombre en Letra de molde Fecha

Social Security Number _____
Número de Seguridad Social

Birthdate _____
Nacimiento

Legal Representative _____
Representante legal

Relationship _____
Relación