

**PATIENT INFORMATION**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Name \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_  
Nombre Fecha de nacimiento

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código postal

I HEREBY AUTHORIZE Camarena Occupational Health To Disclose Protected Health Information to:

Por la presente autorizo a Camarena Occupational Health a divulgar información de salud protegida a:

Name \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_  
Nombre Título

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código postal

Phone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E Mail \_\_\_\_\_  
Teléfono Facsímil Correo Electrónico

**DURATION / DURACIÓN**

This authorization becomes effective immediately and remains valid for one year from the date of signature unless another date is provided here: \_\_\_\_\_  
(Date). Esta autorización entra en vigor de inmediato y sigue siendo válida por un año desde la fecha de firma, a menos que se indique otra fecha aquí:

**REVOCATION / REVOCACIÓN****My written revocation will be effective when received, but does not affect actions already taken based on this authorization.****Mi revocación por escrito será válida cuando se reciba, pero no afectará las acciones ya realizadas basadas en esta autorización.****REDISCLASURE / REDIVULGACIÓN**

I understand that the requester may not further use or share my health information without another authorization from me, unless permitted or required by law.

Entiendo que quien solicita la información no puede usarla ni compartirla nuevamente sin otra autorización mía, a menos que la ley lo permita o lo exija.

I understand that signing this form is not required to receive treatment, benefits, or payment.

Entiendo que firmar este formulario no es un requisito para recibir tratamiento, beneficios o pagos.

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

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

**Please release the following records:**

Por favor, libere los siguientes registros

- ☐ All medical records  
Todos los registros médicos
- ☐ Laboratory results ONLY  
Resultados de laboratorio SOLAMENTE
- ☐ X-Ray reports ONLY  
X-Ray informa SOLAMENTE
- ☐ Other \_\_\_\_\_  
Otra

**AUTHORIZATION** AUTORIZACIÓN

I authorize the release my medical records as listed on this form

Autorizo la divulgación de mis registros médicos que figuran en este formulario

Signature \_\_\_\_\_ Print Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Firma Nombre impreso Fecha