



4379 Ridgewood Center Dr., Suite 102, Woodbridge, VA 22192  
9705 Liberia Ave., Suite 201, Manassas, VA 20110  
17739 Main St., Suite 130, Dumfries, VA 22026  
Phone 703.680.7950 Fax 703.680.7953 www.GPWHealthCenter.org

## Medical Release of Information Authorization

**\*\*Fill out form in its entirety\*\***

I authorize the use/disclosure of health information, as outlined below, for:

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Last 4 of SSN: \_\_\_\_\_

The information is to be released from:

The information is to be provided to:

<input type="checkbox"/> GPW Health Center <input type="checkbox"/> Organization/Individual:	<input type="checkbox"/> GPW Health Center <input type="checkbox"/> Organization/Individual:
Address:	Address:
City/State:	City/State:
Fax#:	Fax#:

**\* Please note: All of the above information must be filled correctly for records to be sent in a timely manner.**

Dates of Service: From: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ To: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ or \_\_\_ ALL

Check the information needed:

- Office Visit Notes     Lab Reports     OB/GYN     EKG/Cardiology Reports  
 Radiology Reports     Immunization Records     History & Physical     Pathology Reports  
 Radiology Images     Referral Consultation Notes     Billing Statements     Other (Specify) \_\_\_\_\_

I authorize the information listed below to be used, disclosed and/or received:

Developmental disabilities information     AIDS, HIV, ARC

Check the reason or need for disclosure:

Further Medical Care     Attorney     Personal Use /Request of Individual     School  
 Insurance/Benefits     Disability Determination     Other (Specify) \_\_\_\_\_

The information may be transmitted via: (**must initial each** by each approved method)

Fax     Electronically (**required** to complete duty to warn)     Hard Copy

I understand that:

- If the person or entity that receives the health information is not a health care provider or health plan covered by federal privacy regulations, the health information above may be subject to redisclosure and no longer protected by these regulations.
- I understand that I may refuse to sign this authorization and that my refusal to sign will not affect my ability to obtain treatment or payment or my eligibility for benefits.
- I understand that I may revoke this authorization in writing at any time by notifying the Privacy Official except to the extent that action has been taking in reliance on this authorization.
- **Unless revoked, this authorization will expire 6 months from the date signed or as specified: \_\_\_\_\_**
- I may inspect or copy any information used/disclosed under this authorization. I have received a copy of this authorization.

I further acknowledge that the information to be released has been explained to me and certify that this consent is given on my own free will.

Consent to release records was provided verbally over the phone to GPW Health Center

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient/ Legally Designated/ Personal Representative

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Print Name of Legally Designated or Personal Representative



4379 Ridgewood Center Dr., Suite 102, Woodbridge, VA 22192  
9705 Liberia Ave., Suite 201, Manassas, VA 20110  
17739 Main St., Suite 130, Dumfries, VA 22026  
Phone 703.680.7950 Fax 703.680.7953 www.GPWHealthCenter.org

## Autorización Para Divulgación de Información de Salud

**\*\*Llene el formulario en su totalidad\*\***

Autorizo el uso / divulgación de información de salud, como se describe a continuación, para:

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
4 ultimos numeros de su Seguro Social \_\_\_\_\_

Información Para Enviar De Parte De:

Información Debe Ser Proporcionada a:

<input type="checkbox"/> GPW Health Center Organization/Individual:	<input type="checkbox"/> GPW Health Center Organización/ Persona Individua:
Dirección:	Dirección:
Ciudad/Estado:	Ciudad/Estado:
Numero de Fax:	Numero de Fax:

**\* Tenga en cuenta: Toda la información debe ser completada correctamente para que los registros se envíen de manera oportuna.**

Fecha de Servicio/s: De: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ A: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ o \_\_\_\_ TODO

Marque la Información específica:

___ Notas Clínicas	___ Ginecología/Obstetras	___ EKG/Reportes de Cardiología
___ Informes de Radiología/Radiografías	___ Vacunas	___ Historial Médico & Físicos
___ Reportes de Patología	___ Notas de Consultas	___ Laboratorio
___ Estado de Cuentas	___ Otros	

Autorizo que la siguiente información sea utilizada, divulgada y / o recibida:

\_\_\_ Información sobre discapacidades del desarrollo \_\_\_\_\_ SIDA, VIH, ARC

El propósito o la necesidad de esta divulgación es:

\_\_\_ Continua Atención Medica    \_\_\_ Legal    \_\_\_ Uso Personal/Solicitud de Individuo    \_\_\_ Institución de Estudio  
\_\_\_ Beneficios/Seguro    \_\_\_ Determinación de Discapacidad    \_\_\_ Otros *Especificar)* \_\_\_\_\_

La información puede ser transmitida vía (firme sus iniciales en cada método de comunicación que desea aprobar)

\_\_\_\_\_ Fax    \_\_\_\_\_ Electrónico (requerido para completar el deber de advertir)    \_\_\_\_\_ Copia Impresa

Entiendo que:

- Si la persona o entidad que recibe la información de salud no es un proveedor de atención médica o plan de salud cubierto por las regulaciones federales de privacidad, la información de salud incluida puede estar sujeta a nueva divulgación y ya no está protegida por estas regulaciones.
- Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi rechazo a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o pago o mi elegibilidad para los beneficios.
- **A menos que se revoque, esta autorización caducará 6 meses a partir de la fecha de la firma o según lo especificado: \_\_\_\_\_**
- Puedo inspeccionar o copiar cualquier información utilizada / divulgada bajo esta autorización. He recibido una copia de esta autorización.

Además, reconozco que la información que se debe divulgar se me ha explicado y certifico que este consentimiento se otorga por propia voluntad.

El consentimiento para divulgar los registros se proporcionó verbalmente por teléfono al GPW Health Center.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/ representante legalmente designado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del representante legal o legalmente designado