



**Community Nurse Health Association**  
 110 Calendar Ave.  
 LaGrange, IL 60525  
 Phone: 708-352-0081 Fax: 708-579-2408

**Authorization for Release of Medical Information by Community Nurse Health Association**

Patient Name (Print) \_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_  
 Social Security Number: \_\_\_\_\_ Telephone Number: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**SECTION I. RELEASE**

I do hereby authorize COMMUNITY NURSE HEALTH ASSOCIATION to release the medical information specified below to:

Name of person/facility: \_\_\_\_\_  
 Title of person: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Fax Number (if requesting records be faxed): \_\_\_\_\_

**SECTION II. MEDICAL INFORMATION REQUESTED:**

MEDICAL RECORD	<input type="checkbox"/>	IMMUNIZATION RECORD	<input type="checkbox"/>
PHYSICAL FORM	<input type="checkbox"/>	CLINIC NOTE	<input type="checkbox"/>
LAB RESULTS	<input type="checkbox"/>	ER RECORDS	<input type="checkbox"/>

**THE FOLLOWING INFORMATION WILL NOT BE RELEASED UNLESS YOU SPECIFICALLY AUTHORIZE IT BY SIGNING THE RELEVANT LINE:**

\_\_\_\_\_ Information pertaining to Sexually Transmitted Diseases and HIV/AIDs testing and treatment, whether negative or positive, to the person listed above.

\_\_\_\_\_ Records regarding drug/ alcohol abuse, diagnosis or treatment

\_\_\_\_\_ Psychiatric/ mental health or developmental disabilities information. (Parent/guardian co-signature is required for the release of psychiatric information of patients 12 - 17 years old).

(You have the right to review and copy these records before they are disclosed.)

Specify the dates of treatment/service that you want released: \_\_\_\_\_

Specify the purpose for which you want this information released \_\_\_\_\_

**SECTION III. Terms and conditions**

This authorization is voluntary; however if the information is inaccurate or you do not provide the information, Community Nurse will be unable to process your request and serve your medical needs. This authorization is valid until \_\_\_\_\_ (you must specify a date). If no date is specified it is valid for one year from the date of signing, below. You can revoke this authorization at any time by writing except that revocation will not apply to any uses or disclosures prior to the revocation. You are entitled to receive a copy of this authorization.

\_\_\_\_\_ Printed Name: \_\_\_\_\_  
 Signature of patient or patient's representative (parent or guardian if patient is a minor):

\*Relationship to Patient (Parent, guardian or legal representative): \_\_\_\_\_

Date signed: \_\_\_\_\_ Witness signature: \_\_\_\_\_

\* You may be required to submit proof of identification and, if signing as the patient's representative, you must be able to furnish proof of relationship or authority to act for the patient.



**Community Nurse Health Association**  
110 Calendar Ave.  
LaGrange, IL 60525  
Phone: 708-352-0081 Fax: 708-579-2408

**Autorización para la Divulgación de Información Médica por Community Nurse Health Association**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**SECCIÓN I. DIVULGACIÓN**

Por la presente autorizo a Community Nurse Health Association a divulgar la información médica que se especifica a continuación:

Nombre de la persona / institución: \_\_\_\_\_  
Título de la persona: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Número de fax (si se solicita que los registros sean enviados por fax); \_\_\_\_\_

**SECCIÓN II. INFORMACIÓN MÉDICA SOLICITADA:**

EXPEDIENTE MÉDICO	<input type="checkbox"/>	REGISTRO DE VACUNAS	<input type="checkbox"/>
FORMA DE EXAMEN FÍSICO	<input type="checkbox"/>	NOTA CLÍNICA	<input type="checkbox"/>
RESULTADOS DE LABORATORIO	<input type="checkbox"/>	RECORDS DE SALA DE EMERGENCIA	<input type="checkbox"/>

**LA SIGUIENTE INFORMACIÓN NO SERA DIVULGADA A MENOS QUE USTED ESPECIFICAMENTE AUTORICE AL FIRMAR LA LINEA CORRESPONDIENTE:**

\_\_\_\_\_ Información relativa a las enfermedades de transmisión sexual y pruebas de VIH / SIDA y su tratamiento, ya sea negativa o positiva, a las personas mencionadas anteriormente.

\_\_\_\_\_ Registros relativos al abuso de drogas/alcohol, su diagnóstico o tratamiento.

\_\_\_\_\_ Información de Psiquiatría, salud mental o discapacidad del desarrollo. (Firma conjunta de padre/tutor es necesaria para divulgar información psiquiátrica de los pacientes de 12 a 17 años de edad).

(Usted tiene el derecho de revisar y copiar estos registros antes de que se den a conocer)

Especifique las fechas de tratamiento / servicio que desea divulgar: \_\_\_\_\_

Especifique el propósito por el que desea divulgar esta información: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN III. Términos y condiciones**

Esta autorización es voluntaria, sin embargo, si la información es inexacta o no proporciona la información, Community Nurse no será capaz de procesar su solicitud y servir sus necesidades médicas. Esta autorización es válida hasta el \_\_\_\_\_ (se debe especificar una fecha). Si no se especifica una fecha, es válida por un año a partir de la fecha de la firma, a continuación. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, salvo que la revocación no se aplicará a cualquier uso o revelación antes de la revocación. Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

\_\_\_\_\_ Nombre en Imprenta: \_\_\_\_\_  
Firma del paciente o su representante (padre o tutor si el paciente es un menor de edad):

\* Relación con el paciente (padre, tutor o representante legal): \_\_\_\_\_

Fecha de Firma: \_\_\_\_\_ Firma del Testigo: \_\_\_\_\_

\* Es posible que deba presentar prueba de identificación y, si esta firmando como representante del paciente, debe ser capaz de presentar prueba de la relación o la autoridad para actuar por el paciente.