

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS (PHI)**  
**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

**Records Requested (To Be Completed by Office):**  
**Información a ser revelada (Para ser Completado por la Oficina)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Last Office Note and Labs</b><br>Ultima Visita y Laboratorios                               | <input type="checkbox"/> <b>ALL Medical Records</b><br>Todos los registros médicos                           |
| <input type="checkbox"/> <b>Previous Year Medical Records ONLY</b><br>Registros Médicos del Pasado Año <b>SOLAMENTE</b> | <input type="checkbox"/> <b>Records from Admission Date:</b><br>Registros Médicos de Admisión / Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> <b>Other (Ex. Radiography )</b><br>Otros (Ej., Radiografías): _____                            |  |

**Name** (Nombre): \_\_\_\_\_ **DOB** (Fecha de nacimiento): \_\_\_\_\_

**Address** (Dirección): \_\_\_\_\_ **Phone** (Teléfono): \_\_\_\_\_

**City/State** (Ciudad/Estado): \_\_\_\_\_ **Zip Code** (Código Postal): \_\_\_\_\_

**At my request, I authorize:**

Por mi pedido, Autorizó a:

\_\_\_\_\_  
Physician or Practice Name (Médico ó Practica Médica)      (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_      (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Phone # (Número de Teléfono)      Fax # ( Número de Fax)

\_\_\_\_\_  
Physician or Practice Name (Médico ó Practica Médica)      (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_      (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Phone # (Número de Teléfono)      Fax # ( Número de Fax)

**to release my medical records (PHI) to Vital-Care Medical Center for the purposes of continuing care.**  
a divulgar mis registros médicos a Vital-Care Medical Center para continuación de tratamiento médico.

**I authorize the release of all information from my medical record. Unless otherwise indicated, my authorization includes the release of the following (Please strike through those you wish to exclude if any):**

Autorizó a divulgar información sobre pruebas, diagnósticos y tratamiento incluyendo los siguientes (Favor traze una linea a los que no desee incluir):

**Diagnosis and/or treatment for alcoholism and/or drug abuse or dependency.** (Consumo de drogas y/o alcohol)

**Diagnosis and/or treatment regarding mental health issues.** (Trastornos psiquiátricos/de salud mental)

**HIV/AIDS test results diagnosis or treatment.** ( Pruebas y/o diagnósticos de VIH, virus del SIDA )

**Genetic test results and/or related issues.** (Pruebas Genéticas y/o problemas relacionados)

**I understand this authorization shall be in effect for one (1) year from the date signed. However, I understand that this authorization may be revoked at any time by giving oral or written notice to Vital-Care Medical Center. If I do revoke the authorization it will not have any effect on actions the Vital-Care took before the revocation was received. I understand that my treatment or continued treatment by Vital-Care Medical Center is in no way conditioned on whether or not I sign this form.**

Comprendo que no tengo que firmar esta autorización para obtener beneficios de atención de salud (tratamientos, pagos o inscripciones). Esta autorización será efectiva por un (1) año desde su fecha de firma. Puedo revocar esta autorización por escrito. Si lo hago, no afectará ninguna medida ya tomada por Vital-Care Medical Center basada en esta autorización. No podré revocar esta autorización si el fin de la misma fuera obtener seguro. Para revocar esta autorización, debo escribir una carta a Vital-Care Medical Center, a la atención de David Afanador. Esta información estará sujeta a re-divulgación y quizá ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.

\_\_\_\_\_  
Signature (Firma)

\_\_\_\_\_  
Date ( Fecha )



**Please Fax or Send to (Favor enviar a):**

Vital-Care Medical Center

P.O. Box 399

Aibonito, PR. 00705

Phone: 787-954-7777 / Fax: 787-535-9394