



County of Santa Cruz

HEALTH SERVICES AGENCY

POST OFFICE BOX 962, 1080 EMELINE AVENUE, SANTA CRUZ, CA 95061-0962

SANTA CRUZ HEALTH CENTER
1080 EMELINE AVE.
SANTA CRUZ, CA 95060
(831) 454-4100 FAX: (831) 454-4296

WATSONVILLE HEALTH CENTER
9 CRESTVIEW DRIVE
WATSONVILLE, CA 95076
(831) 763-8400 FAX (831) 763-8081

TDD: (831) 454-4123

OUTPATIENT MEDICAL CLINICS DIVISION

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION FROM MEDICAL RECORDS

I, _____

Hereby authorize

To furnish to

(name and address of person or organization)

(name and address of person or organization)

any and all records obtained in the course of my diagnosis and treatment, which pertain to and may include the mention of alcohol and/or drug abuse, psychiatric illness, HIV+, AIDS Related Complex (ARC), and/or Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), concerning:

(patient's name)

(patient's social security number)

(patient's date of birth)

(patient's medical record number)

The disclosure of records is required for the following purposes: _____

The disclosure shall be limited to the following specific types of information: _____

This consent shall expire: _____
(date)

I understand I have a right to receive a copy of this authorization upon my request.

Copy requested and received: Yes _____ No _____ Initials _____

A copy of this consent is just as valid as an original.

Patient signature

(date)

Witness name and title

Parent, guardian or authorized representative of patient

PROHIBITION ON REDISCLOSURE: This information is being disclosed to you from records which confidentiality is protected by federal law. Federal regulations (42CFR part 2) prohibit you from making any further disclosure of this information except with a specific written consent of the person to whom it pertains.



County of Santa Cruz

HEALTH SERVICES AGENCY

POST OFFICE BOX 962, 1080 EMELINE AVENUE, SANTA CRUZ, CA 95061-0962

SANTA CRUZ HEALTH CENTER

1080 EMELINE AVE.

SANTA CRUZ, CA 95060

(831) 454-4100 FAX: (831) 454-4296

TDD: (831) 454-4123

WATSONVILLE HEALTH CENTER

9 CRESTVIEW DRIVE

WATSONVILLE, CA 95076

(831) 763-8400 FAX (831) 763-8081

DIVISIÓN MÉDICA AMBULATORIA

Autorización para liberar información de su historia médica

Yo, _____

por la presente autorizo

el suministro a

(nombre y dirección de la persona u organización)

(nombre y dirección de la persona u organización)

cualquiera y toda información médica obtenida durante el curso de mi tratamiento y diagnóstico, los cuales tengan alguna pertinencia a, y puedan incluir la mención de abuso, de alcohol y/o de drogas, enfermedad psiquiátrica, HIV+, el complejo relacionado al SIDA (ARC), y/o Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida (SIDA), referente a:

(Nombre del paciente)

(Numero de seguridad social del paciente)

(fecha de nacimiento)

(Numero de historia medico del paciente)

Esta revelación de información médica es necesaria para los siguientes propósitos:

Esta revelación de datos estará limitada a los siguientes tipos de información específica:

Este consentimiento se vencerá: _____

(fecha)

Si la solicito, entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

Copia solicitada y recibida: Si _____ No _____ Iniciales _____

Una copia de esta planilla de consentimiento es tan valido como la original.

Firma del paciente

(fecha)

Testigo (nombre y título).

Padre, guardián o representante autorizado del paciente

PROHIBICIÓN DE SU RE-REVELACION: Esta información se le esta siendo revelada de una fuente de datos que está confidencialmente protegida bajo la ley federal. La regulación federal (42CFR parte 2) le prohíbe hacer revelación adicional de esta información, sin tener el consentimiento por escrito de la persona de la cual se trata.