



**AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF  
MEDICAL INFORMATION**

**A. AUTHORIZATION:**

I hereby give my permission to Venice Family Clinic to give/send medical records and information about history, mental or physical condition, services provided, or treatment of:

_____	To: _____
(Name of patient)	(Name of requester)
_____	_____
(Chart #)	(Address of requester)
_____	_____
(Date of birth)	

This permission is limited to the following medical records and type of information:  
(Please check one)

- All medical records not including HIV test results
- All medical records including HIV test results
- Mental Health Notes
- Other: \_\_\_\_\_

**Please provide my records in the following format:**     Paper Copies     CD

**B. USES:**

The person requesting this information may use the medical records and information only for the following purposes:

- Applying for government or other benefits
- Transferring to another medical doctor or facility
- Court use
- Personal use
- Other: \_\_\_\_\_

**C. DURATION:**

This permission is effective immediately and shall remain in effect until \_\_\_\_\_

**D. RESTRICTIONS:**

I understand that the person requesting this medical information may not use or give the information to anyone else unless I sign another form such as this one, unless the use is specifically required or permitted by law.

**E. ADDITIONAL COPY:**

I understand that I have a right to receive a copy of this form if I ask for it.

Copy requested and received:    **YES**     **NO**     **Initial** \_\_\_\_\_

**F. SIGNATURE:** \_\_\_\_\_    **DATE:** \_\_\_\_\_

**AUTHORIZACION PARA USAR Y REVELAR  
INFORMACION MÉDICA**

**A. AUTHORIZACION:**

Por medio del presente, doy mi permiso a Venice Family Clinic que dé/envíe los documentos médicos e información acerca de la historia, condición física o mental, servicios recibidos y tratamiento de:

**A:**

_____	_____
(Nombre del paciente)	(Nombre de quien solicita)
_____	_____
(Numero de expediente)	(Domicilio de quien solicita)
_____	_____
(Fecha de Nacimiento)	

Este permiso se limita a los siguientes documentos médicos y al siguiente tipo de información:

- Todos los archivos médicos son excepción de los resultados del examen del Virus VIH
- Todos los archivos médicos incluyendo los resultados del examen del virus VIH
- Notas de salud Mental
- Otro: \_\_\_\_\_

**Favor de proveer las copias en la siguiente forma:**  Papel  CD

**B. USOS:**

La persona que solicita la información puede usar los documentos médicos y la información solamente para los siguientes propósitos:

- Para aplicación de beneficios del gobierno y otros beneficios
- Para transferencia a otro médico
- Para uso de la corte
- Para uso personal
- Otro: \_\_\_\_\_

**C. DURACION:**

Este permiso es efectivo desde este momento y permanecerá en efecto hasta \_\_\_\_\_.

**D. RESTRICCIONES:**

Entiendo que la persona que solicita la información médica no puede usarla o dar esta información a alguien más a no ser que yo firme otra forma semejante a ésta, a no ser que la ley específicamente requiera o permita el uso.

**E. COPIA ADICIONAL:**

Entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de esta forma si la solicito.

Copia pedida y recibida: **Sí**  **No**  Iniciales \_\_\_\_\_

**F. FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_