



Authorization For Disclosure of Protected Health Information

Patient Information:

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Email Address: _____ Phone: _____

I hereby authorize the release of the protected health information for the above named individual as follows:

Information Disclosed From KCHC:	To _____	From _____	Information Disclosed To:	Send to _____
				Requested from _____
<input type="checkbox"/> 4536 22 nd Avenue, Kenosha, WI 53140			Name/Facility:	_____
Ph. (262) 656-0044/ Fax (262) 653-2218			Address:	_____
<input type="checkbox"/> 1330 52 nd Street, Suite 205, Kenosha WI 53140			City, State, Zip:	_____
Ph. (262) 656-0044/ Fax (262) 764-4058			Phone/Fax:	_____
<input type="checkbox"/> 6226 14th Avenue, Kenosha, WI 53141				
Ph. (262) 656-0044/Fax (262) 925-1680				
<input type="checkbox"/> 625 57 th Street, Suite 700, Kenosha, WI 53140				
Ph. (262) 656-0044/Fax (262) 764-3636				

Information to be Disclosed:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Progress Notes | <input type="checkbox"/> History and Physical Exams | <input type="checkbox"/> Diagnostic Test Reports |
| <input type="checkbox"/> Consultation Reports | <input type="checkbox"/> Laboratory Results | <input type="checkbox"/> Pathology Reports |
| <input type="checkbox"/> Prescriptions/Medication Lists | <input type="checkbox"/> X-Ray Reports | <input type="checkbox"/> Correspondence |
| <input type="checkbox"/> Immunization Records | <input type="checkbox"/> X-Ray Films | <input type="checkbox"/> Billing Information |
| <input type="checkbox"/> Discharge Summaries | <input type="checkbox"/> Emergency Treatment Records | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Entire Record | <input type="checkbox"/> Operative Reports | _____ |

Please note that information subject to disclosure may include information related to the testing, diagnosis or treatment of mental health, alcohol and drug abuse, HIV/AIDS and genetic testing. If desired, identify any information to be limited or restricted:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mental Health (excluding psychotherapy notes) | <input type="checkbox"/> Alcohol & Drug Abuse |
| <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Genetic Testing |
| <input type="checkbox"/> Other _____ | |

Dates: Include from _____ **to** _____

For the purposes of:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Continued Medical Care | <input type="checkbox"/> Legal Counsel | <input type="checkbox"/> Employment, Disability or Vocational Rehab |
| <input type="checkbox"/> Insurance Claim or Application | <input type="checkbox"/> School or Daycare | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Changing Provider | <input type="checkbox"/> Financial Assistance | _____ |

This authorization will expire one (1) year from date of signature, unless revoked in writing. No treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits may be conditioned on signing this authorization. When disclosed to the authorized recipient, this information may be subject to re-disclosure and may no longer be protected by Federal or State law. If patient is unable to sign, the person signing this authorization will be required to show proof of relationship to patient or other authority allowing him/her to authorize the disclosure of the patient's health information.

Signature: _____ **Date:** _____

Relationship to Patient: Self Parent Guardian Other _____



KCHC

KENOSHA COMMUNITY
HEALTH CENTER, INC.

Autorización para la divulgación de la información de salud protegida

Información del paciente:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Mediante la presente autorizo la liberación de la información de salud del individuo arriba mencionado como se indica:

Información divulgada desde KCHC: De _____ Para _____ Información divulgada para: Mandar a _____ Solicitado para _____

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 4536 22 ^a Avenida, Kenosha, WI 53140
Tel. (262) 656-0044/ Fax (262) 653-2218 | Nombre/Entidad: _____ |
| <input type="checkbox"/> 1330 52 ^a Calle, Oficina 205, Kenosha WI 53140
Tel. (262) 656-0044/ Fax (262) 764-4058 | Dirección: _____ |
| <input type="checkbox"/> 6226 14 ^a Avenida, Kenosha, WI 53141
Tel. (262) 656-0044/Fax (262) 925-1680 | Ciudad, Estado, Código postal: _____ |
| <input type="checkbox"/> 625 57 ^a Calle, Oficina 700, Kenosha, WI 53140
Tel. (262) 656-0044/Fax (262) 764-3636 | Teléfono /Fax: _____ |

Información a ser divulgada:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Historial y exámenes físicos | <input type="checkbox"/> Reporte de las pruebas diagnósticas |
| <input type="checkbox"/> Reportes de consulta | <input type="checkbox"/> Resultados de las pruebas de laboratorio | <input type="checkbox"/> Reportes de patología |
| <input type="checkbox"/> Recetas/Listas de medicamentos | <input type="checkbox"/> Reportes de los exámenes de Rayos X | <input type="checkbox"/> Correspondencia |
| <input type="checkbox"/> Historial de vacunación | <input type="checkbox"/> Placas de los Rayos X | <input type="checkbox"/> Información de recibos |
| <input type="checkbox"/> Resumen de los Datos de alta | <input type="checkbox"/> Expediente de los tratamientos de urgencias | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Expediente completo | <input type="checkbox"/> Expedientes de operaciones | |

Por favor note que la información sujeta a ser divulgada puede incluir información relacionada a pruebas, al diagnóstico o tratamiento de salud mental, abuso de alcohol y drogas, VIH/SIDA y pruebas genéticas. Si lo desea, puede señalar cualquier información para que sea de uso limitado o restringido:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Salud mental (excluyendo las notas de psicoterapia) | <input type="checkbox"/> Alcohol y abuso de drogas |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Pruebas genéticas |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

Fechas: Incluyendo desde _____ hasta _____

Por el propósito de:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Atención médica continua | <input type="checkbox"/> Consejería legal | <input type="checkbox"/> Discapacidad laboral o Rehabilitación vocacional |
| <input type="checkbox"/> Aplicación o reclamo de seguro | <input type="checkbox"/> Escuela o guardería | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cambio de Proveedor | <input type="checkbox"/> Apoyo financiero | |

Esta autorización vencerá en un (1) año desde la fecha en que se firme, a menos que sea revocada por escrito. Ningún tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad de beneficios será condicionada a la firma de esta autorización. Cuando se haga la divulgación al recipiente autorizado, esta información puede que sea sujeta a otra divulgación y no sea protegida por la ley federal o estatal. Si el paciente es incapaz de firmar, la persona que firme esta autorización se le requerirá que muestre alguna prueba de la relación que tiene con el paciente u otra autoridad que le permite a él o ella el autorizar la divulgación de la información de salud del paciente.

Firma: _____ Fecha: _____
Relación con el paciente: Mismo Padre Tutor Otro _____