



HIPAA AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)

AUTORIZACIÓN HIPAA PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Patient Name / Nombre del Paciente: _____

Date of Birth / Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Authorized Person(s) / Persona(s) Autorizada(s)

I authorize Harbor Physicians to communicate with and release my protected health information (PHI) to the individual(s) listed below (if any). If no one is authorized, check the box below or write "NONE."

Autorizo a Harbor Physicians a comunicarse y divulgar mi información médica protegida (PHI) a la(s) persona(s) indicada(s) a continuación (si corresponde). Si no autoriza a ninguna persona, marque la casilla o escriba "NINGUNO."

☐ No Authorization / Sin autorización

(No individuals designated / No se designan personas)

Name / Nombre: _____

Relationship / Relación: _____

Phone / Teléfono: _____

Information Authorized / Información Autorizada

Includes appointments, billing/insurance, medical records, lab/test results, and related healthcare information.

Incluye citas médicas, facturación/seguro, expedientes médicos, resultados de laboratorio y otra información relacionada con la atención médica.

Expiration / Expiración

Expires one (1) year from signature unless otherwise specified.

Vence un (1) año a partir de la firma, a menos que se indique otra fecha.

Other expiration / Otra fecha:

____ / ____ / ____

Signature / Firma: _____ Relationship / Relación: _____

Printed Name / Nombre en letra de imprenta: _____

Date / Fecha: ____ / ____ / ____