



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR y/u OBTENER INFORMACIÓN DE SALUD PERSONAL**  
(AUTHORIZATION TO DISCLOSE and/or OBTAIN PERSONAL HEALTH INFORMATION)

**Centralized Medical Records**  
821 Westwood Drive, Sedalia, Missouri 65301  
Phone: 877-733-5824, extension 1171  
Fax: 866-208-0157  
Email: medrecord@katyhealth.org

**Nombre completo del paciente:** \_\_\_\_\_  
(Patient's Name)  
**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Número de seguro social:** (SSN) \_\_\_\_\_  
(Date of Birth)  
**Nro. de teléfono** \_\_\_\_\_  
(Phone Number)

**Autorizo a Katy Trail Community Health a (marque uno):** (I authorize Katy Trail Community Health to (check one))  
 **Publicar los registros para** (Release Records TO)  **Obtener los registros de** (Enviar registros electrónicamente por correo electrónico, fax o CD o memoria USB) (Obtain Records FROM (Please send records in electronic format via email, fax or CD/Flash Drive))  
**Nombre o Instalación:** \_\_\_\_\_  
(Name/Facility)  
**Dirección:** \_\_\_\_\_  
(Address)  
**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_ **Número de fax:** \_\_\_\_\_  
(Phone Number) (Fax Number)

**La siguiente información es para el tratamiento recibido de** \_\_\_\_\_ **fecha de inicio** (Begin Date) **para** (to) **fecha final** (End Date)  
**parte de:** (The following information is for treatment received from)

**Esta autorización se aplica a los siguientes servicios (marque todos los que correspondan):** (This authorization applies to the below services (Check all that apply))  
 **Médico** (Medical)  **Dental**  **Salud mental (incluye psiquiatría y salud conductual)** (Mental Health (includes Psychiatry and Behavioral Health))

**Información que se divulgará: específicamente de las fechas de tratamiento y el servicio marcados anteriormente (marque todo lo que corresponda)** (Information to be released - specific to treatment dates & service checked above (Check all that apply):  
 **Notas de visita (últimos dos años)** (Visit Notes (last two years))  
 **Resultados de pruebas de laboratorio y diagnóstico (últimos dos años)** (Laboratory/Diagnostic Test results (last two years))  
 **Registros de inmunización (vacunas)** (Immunization (shot) records)  
 **Registros de facturación** (Billing Records)  
 **Portada - Resumen de sus diagnósticos, medicamentos e información de contacto** (Face Sheet - Summary with yours diagnoses, medications & contact information)  
 **Registros específicos relacionados con:** (Specific records pertaining to) \_\_\_\_\_

**Propósito o Motivo de la divulgación (marque todo lo que corresponda):** (Purpose/Reason for disclosure (Check all that apply):  
 **Continuación de la atención** (Continuation of Care)  **Records personales** (Personal Records)  **Motivos del Seguro** (Insurance Reasons)  **Motivos legales** (Legal Reasons)

Entiendo que mi información médica, dental, de salud mental y de facturación puede incluir información en referencia al abuso de drogas y / o alcohol, CFR 42 Parte 2, tratamiento psiquiátrico, enfermedades de transmisión sexual, pruebas o tratamiento de hepatitis C o hepatitis B y / o pruebas y / o tratamiento de VIH/SIDA (Virus de Inmunodeficiencia Humana o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), y / u otra información confidencial. Al firmar a continuación, acepto su divulgación; de lo contrario, al poner mis iniciales y calificar esta cláusula aquí rechazo la divulgación de estos registros especialmente protegidos: \_\_\_\_\_ (I understand that my medical, dental, mental health and billing information may include information in reference to drug and/or alcohol abuse, CFR 42 Part 2, psychiatric treatment, sexually transmitted disease, Hepatitis C or Hepatitis B testing or treatment and/or HIV/AIDS (Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immunodeficiency Syndrome) testing and/or treatment, and/or other sensitive information. By signing below, I agree to its release, otherwise by initialing and qualifying this clause here I reject the release of these specially protected records.)

**Proceso de Revocación:** Entiendo que puedo, al enviar mi solicitud por escrito a Katy Trail Community Health, revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en función de esta autorización. A menos que se revoque, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: \_\_\_\_\_. Si no especifico la fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización vencerá un año después de la fecha de la firma. (Revocation Process: I understand that I may, by placing my request in writing to Katy Trail Community Health, revoke this authorization at any time, except to the extent that action has already been taken in reliance on this authorization. Unless otherwise revoked, this authorization will expire on the following date, event, or condition: \_\_\_\_\_. If I fail to specify an expiration date, event, or condition, this authorization will expire one year from the date of signature.)

**Volver a divulgar:** Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud protegida es algo voluntario. Puedo negarme a firmar esta autorización. No tengo que firmar este formulario para asegurar el tratamiento. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y que es posible que la información no esté protegida por los estándares federales de privacidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica protegida, puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad de Katy Trail Community Health. (Redislosure: I understand that authorizing the disclosure of this protected health information is voluntary. I can refuse to sign this authorization. I need not sign this form to assure treatment. I understand that any disclosure of information carries with it the potential for unauthorized redislosure, and information may not be protected by federal privacy standards. If I have questions about disclosure of my protected health information, I can contact the Privacy Officer for Katy Trail Community Health.)

**Prohibición de volver a divulgar:** Excepto lo dispuesto en la Ley Federal 45 CFR 164.524, esta información se ha divulgado a partir de los registros cuya confidencialidad está protegida por la Ley Federal 42 CFR Parte 2. El destinatario de esta información tiene prohibido realizar más divulgaciones sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permita la ley. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este propósito. (Prohibition of Redislosure: Except as provided under Federal Law 45 CFR 164.524, this information has been disclosed from records whose confidentiality is protected by Federal Law 42 CFR Part 2. The recipient of this information is prohibited from making any further disclosure of it without the specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by law. A general authorization for the release of medical or other information is not sufficient for this purpose.)

**Copia del comunicado:** Si desea una copia de este comunicado, escriba sus iniciales aquí: \_\_\_\_\_  
(Copy of Release: If you would like a copy of this release, initial here)

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
(Patient's Signature) (Date)  
**Firma del padre, tutor legal o representante legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
(Parent or Legal Guardian/Representative Signature) (Date)  
**Nombre impreso del padre, tutor legal o representante legal:** \_\_\_\_\_  
(Parent or Legal Guardian/Representative Printed Name)  
**Relación con el paciente:** (Relationship to Patient)  Padre (Parent)  Tutor legal (Legal Guardian)  Representante legal (Legal Representative)

**Office Use Only:** Records released by: \_\_\_\_\_ Date Completed: \_\_\_\_\_