



San Luis Obispo County Health Agency

Authorization for release and exchange of information

Autorización para liberar información

Rev. 8/2015

Your Information / Su Información:

Last Name: Apellido:	<input type="text"/>	First Name: Nombre:	<input type="text"/>	Middle Init: Inicial:	<input type="text"/>	DOB	<input type="text"/>
Address: Dirección:	<input type="text"/>	City/State: Ciudad Y Estado:	<input type="text"/>	Zip Code: Código Postal	<input type="text"/>		

Person/Organization Providing Information <i>Persona u organización que proveerá la información</i>	Person/Organization Receiving Information <i>Persona u organización que recibe la información</i>
---	---

Name: Nombre:	<input type="text"/>	Name: Nombre:	<input type="text"/>
Address: Dirección:	<input type="text"/>	Address: Dirección:	<input type="text"/>
City/State/Zip: Ciudad/Estado/C.P.	<input type="text"/>	City/State/Zip: Ciudad/Estado/C.P.	<input type="text"/>
Phone: Teléfono:	<input type="text"/>	Fax: Fax:	<input type="text"/>

Description of the Information to be Released / Descripción de la Información que va a ser liberada

Any information relating to your care or the person for whom you are authorizing this disclosure.
Cualquier información relacionada a su cuidado de salud o para el cuidado de la persona para la cual usted está declaración.

OR:

Description of the Purpose and Limitations for the Use or Release of the Information

Describa el propósito y las limitaciones para el uso o para liberar la información

The information will be used for coordination of your care or the care of the person for whom you are authorizing this disclosure. *La información será usada para coordinar su cuidado de salud o para el cuidado de la persona para la cual usted está autorizando esta declaración.*

OR:

This authorization to release the above information will **expire one year from the date signed** or will expire on: **(Not more than 1 Year.)**



San Luis Obispo County Health Agency

Authorization for release and exchange of information

Autorización para liberar información

Rev. 8/2015

I understand that:

- I authorize the use and/or disclosure of my individually identifiable health information as described above for the purpose listed. I understand that this authorization is voluntary.
- I have the right to revoke this authorization by sending a signed notice stopping this authorization to:

SLO County Privacy Officer: 2180 Johnson Ave., San Luis Obispo, CA, 93401

or via e-mail at privacy@co.slo.ca.us ; or call (855) 326-9623

- The authorization will cease on the date my valid revocation request is received.
- The Notice of Privacy Practices provides instructions for me should I choose to revoke my authorization and includes limitations on my revocation.
- My treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits will not be affected if I do not sign this authorization.
- Under California law, the recipient of my medical information is prohibited from re-disclosing the information, except with a written authorization or as specifically required or permitted by law.
- The information will only be used for its intended use. If the organization or person I have authorized to receive the information is not a health plan or health care provider; the released information may no longer be protected by federal privacy regulations.
- I have the right to receive a copy of this authorization.
- Records and copies obtained relating to outpatient psychotherapy care shall be returned or destroyed at the expiration date of this authorization except those obtained for treatment and diagnosis purposes.

Entiendo que:

- Yo autorizo el uso y liberación de mi información de salud tal como se describe arriba y para el propósito ya mencionado. Entiendo que esta autorización es voluntaria.
- Entiendo que tengo el derecho de revocar la autorización mediante una notificación firmada a:
SLO County Privacy Officer: 2180 Johnson Ave., San Luis Obispo, CA, 93401
or via e-mail at privacy@co.slo.ca.us ; or call (855) 326-9623
 - La autorización terminará en la fecha que mi revocación es recibida.
- La notificación de privacidad provee instrucciones en caso de que quiera revocar mi autorización e incluye limitaciones sobre mi revocación.
- Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no será afectada si no firmo esta autorización.
- Bajo la ley de California, el que recibe mi información médica está restringido de re-distribuir la información, excepto con una autorización escrita o como lo requiera o permita la ley.
- Si la organización o persona que autorizé para recibir mi información no es un proveedor de salud, la información liberada pudiera ya no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.
- Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.
- Copias y expedientes obtenidos relacionados a tratamientos psicoterapéuticos serán devueltos o destruidos en la fecha de expiración excepto por los expedientes obtenidos para propósito de diagnóstico y tratamiento.

Patient Signature:

Date:

Firma del Paciente:

Fecha:

Representative Signature:

Relation:

Date:

Representante:

Relacion

Fecha: