



# 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 Persona u organización que proveerá la información

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

### Person/Organization Receiving Information Persona u organización que recibe la información

Name: Nombre:	<input type="text"/>
Address: Dirección:	<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

*Describe 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](mailto: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](mailto: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: Firma del Paciente:	<input type="text"/>	Date: Fecha:	<input type="text"/>
Representative Signature: Representante:	<input type="text"/>	Relation: Relacion	<input type="text"/>
		Date: Fecha:	<input type="text"/>