



Wellness Rooted in Care

Sembrando Salud, Cultivando Bienestar

Authorization To Release Healthcare Information PCP Consent Form

Autorización Para Divulgar Información Médica Formulario De Consentimiento De Proveedor Primario

PATIENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Last Name / Apellido:	First Name / Primer Nombre:	Middle Initial / Inicial Segundo Nombre:
Date of Birth (dd/mm/yyyy) / Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa):		Social Security Number / Seguro Social:

I request and authorize Dr. _____ to release healthcare information of the patient named above to the following physician or to patient at:

Solicito y autorizo a Dr. _____ para liberar information de salud del paciente nombrado arriba al siguiente medico o al paciente en:

OXNARD	Name / Nombre: Cedar Health Center			
	Address / Domicilio: 370 W. Esplanade Drive	City / Ciudad: Oxnard	State / Estado: CA	ZIP Code / Código Postal: 93036
	Phone Number / Número de Teléfono: (805) 240-2213		Fax Number / Número de Fax: (805) 240-2218	

AUTHORIZATION / AUTORIZACIÓN

This request and authorization applies to / Esta solicitud y autorización aplica a

Healthcare information relating to the following treatment, condition, or dates / Información de atención médica relacionada con el siguiente tratamiento, condición o fechas:

All healthcare information / Toda información de atención médica

Other / Otro: _____

Definition:

Sexually Transmitted Diseases (STD) as defined by law, RCW 70.24 et seq., includes herpes, herpes simplex, humanpapilloma virus, wart genital wart, condiloma, Chlamydia, non-specific urethritis, syphilis, VDRL, chancroid, lymphogranuloma venereuem, HIV (Human Immunodeficiency Virus), AIDS (/acquired Immunodeficiency Syndrome), and gonorrhea.

Definición:

Enfermedades de transmisión sexual (ETS), tal como las define por ley, RCW 70.24 et seq., incluyen herpes, herpes simple, virus del papiloma humano, verruga genital, condiloma, clamidia, uretritis no especifica, sífilis, VDRL, chancroide, linfogranuloma venéreo, VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), SIDA (/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) y gonorrea.

I authorize the release of my STD results, HIV/AIDS testing, whether negative or positive, to the person(s) listed above. I understand that the person(s) listed above will be notified that I must give specific written permission before disclosure of these test results to anyone.

Autorizo la divulgación de los resultados de mi prueba de enfermedades de transmisión sexual, VIH / SIDA, ya sean positivo o negativo, a la persona(s) que aparece arriba. Entiendo que la persona (s) mencionadas anteriormente sera notificado(a) de que tengo que dar permiso especifico por escrito antes de la divulgación de los resultados de las pruebas.

Yes / Si No

I authorize the release of any records regarding drug, alcohol, or mental health treatment to the person(s) listed above.

Autorizo la divulgación de cualquier registro relacionado con drogas, alcohol o tratamiento de salud mental a la(s) persona(s) mencionada(s) arriba.

Yes / Si No

Patient's signature / Firma del Paciente:

Patient's Name/Nombre del Paciente:

Date / Fecha:

THIS AUTHORIZATION EXPIRES NINETY DAYS AFTER IT IS SIGNED / ESTA AUTORIZACIÓN SE VENCE NOVENTA DÍAS DESPUÉS DE SER FIRMADA

OXNARD | SALINAS | SANTA MARIA | WATSONVILLE