

**AUTHORIZATION FOR USE/DISCLOSURE
OF HEALTH INFORMATION
Medical Records Release Form**



Authorization for Use/Disclosure of Information: I voluntarily consent to authorize my health care provider, therapist, neurologist, or other specialist to use or disclose my health information during the term of this Authorization of the recipient(s) that I have identified below.

Doy mi consentimiento voluntario para autorizar a mi proveedor de atención médica, terapeuta, neurólogo u otro especialista a usar o divulgar mi información médica durante el plazo de esta Autorización de los destinatarios que he identificado a continuación.

Consent to share the recipient's information with (Consentimiento para compartir la información del destinatario con):

LIGHT OF LIFE INC

Primary Care Physician(PCP) _____ **Neurologist** _____

PT;OT;ST; ABA _____ **Specialist:** _____

Other: _____

Recipient: I authorize the health care information to be released of the following recipient(s):

NAME: _____ **RECIPIENT ID:** _____ **DOB:** _____

Information to be disclosed: I authorize the release of the following health information: (check the applicable box below)

Información a divulgar: Autorizo la divulgación de la siguiente información médica: (marque la casilla correspondiente a continuación)

All of my health information that the provider has in his or her possession, including information relating to any medical history, mental or physical condition and any treatment received by me.

Toda la información de mi salud que el proveedor tenga en su poder, incluida la información relacionada con cualquier historial médico, condición mental o física y cualquier tratamiento recibido por mí.

Only the following records or types of health information: *(Solo los siguientes registros o tipos de información médica)*

Term: I understand that this Authorization will remain in effect:

Entiendo que esta autorización permanecerá en vigor:

From the date of this Authorization until the _____ day of _____, 20____ *Desde la fecha de esta Autorización hasta:* _____

Until the Provider fulfills this request. *Hasta que el Proveedor cumpla con esta solicitud.*

Until I terminate the authorization: date/fecha : _____ *Hasta que rescinda la autorización*

Until the term of the certification period 180 days from : _____

Hasta el término del período de certificación 180 días desde: _____

Parent/ Legal Guardian authorizes the release of medical information to Light of Life, Inc.

El padre / tutor legal autoriza la divulgación de información médica a Light of Life, Inc.

Parent/ Legal Guardian Signature: _____

Termination: I want to terminate this authorization: *Terminación: Quiero rescindir esta autorización:*

Parent/ Legal Guardian Signature: _____ Date: _____