



This authorization will be mailed back to the patient and will not be processed if all sections are not complete and/or not signed and dated.

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION (AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR SU INFORMACIÓN)

Patient's information (Información del paciente) (required):
Name (Nombre) (First, Middle, Last Name) (Primero, Segundo, Apellido) (required):
Date of birth (Fecha de nacimiento) (required):
Address (Dirección) (required):
Phone number (Número de teléfono) (required):
City/State/Zip Code (Ciudad/Estado/Código Postal) (required):
E-mail address (Dirección de correo electrónico):

To whom information will be disclosed (A quién se divulgará la información) (required):
If you would like information sent from Neighborhood Family Practice (NFP) to an outside facility/person, please complete section below.
Information sent from (Enviar de): NFP
Information sent to outside facility/person (Enviar a):
Name (required):
Address (required):
City, State, Zip Code (required):
Phone Number (required):
Fax Number:

If you would like information sent from an outside facility to Neighborhood Family Practice (NFP), please complete both sections below.
Information sent from outside facility/person (Enviar de):
Information sent to (Enviar a): NFP
Name (required):
Address (required):
City, State, Zip Code (required):
Phone Number (required):
Fax Number:
Neighborhood Family Practice (NFP)
3569 Ridge Road
Cleveland, Ohio 44102
Phone: 216-281-0872
Fax: 216-250-4260

Purpose for disclosure (Propósito de la divulgación) (required):
Disability
Legal
New Provider
Personal
Other (Specify):

Description of information to be released (Descripción de la información que se publicará) (required):
Office Visits
Radiology reports
Dental records
Behavioral Health Visits
Laboratory results
Other (Specify):
Specify date range for records to be released: (From date): (To date):

I, the undersigned, authorize Neighborhood Family Practice to release health information as indicated/described above. I understand and acknowledge that the requested health information may contain information regarding physical and mental illness, HIV test results or diagnosis, treatment of AIDS/AIDS-related conditions, sexually transmitted disease and/or alcohol/drug abuse. You may request for this information not to be released through written notice presented to Neighborhood Family Practice Medical Records Department at 3569 Ridge Road Cleveland, OH 44102

This authorization will expire one year from the date of authorization written below, unless revoked by me or my legal representative. I understand that I, (or my legal representative), have the right to revoke this authorization at any time, which I may do through written notice presented to Neighborhood Family Practice Medical Records Department 3569 Ridge Road Cleveland, OH 44102. I understand that the revocation will not apply to my insurance company when the law provides my insurer with the right to contest a claim under my policy or to information that has already been released in response to this authorization. I understand that authorizing the disclosure of this health information is voluntary. I understand that treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits will not be based on whether or not I sign this authorization. Access to medical information is the right of every patient, however I understand that I may be charged for copies according to Ohio Revised Codes: 3701.74, 3701.741 and 3701.742. After my health information is released, my information may be re-disclosed by the recipient and may no longer be protected by law. If I have questions about disclosure of my health information, I can contact the Privacy Officer or other individual at the organization identified above.

For Internal Use Only: The identity of the requester has been verified. Staff Initials (if not completing JotForm):
Patient's signature / Patient's Legal Representative (required): Date signed (required):
(Firma del paciente / Representante legal del paciente) (Fecha de firma)
Printed name (required): Relationship, if not the patient (required, if legal representative):
(Nombre en letra de imprenta) (Relación, si no es el paciente) (requerido, si es representante legal)



Yo, el abajo firmante, autorizo a Neighborhood Family Practice a divulgar mi información de salud como se indica/describe en la parte de arriba. **Comprendo y reconozco que la información de salud solicitada puede contener información relacionada con enfermedades físicas y mentales, resultados de pruebas de VIH o diagnóstico, tratamiento de SIDA/ enfermedades relacionadas con el SIDA, enfermedades de transmisión sexual y / o abuso de alcohol o drogas.** Usted puede solicitar que esta información no sea enviada a través de un aviso por escrito presentado al Departamento de Registros Médicos de Neighborhood Family Practice en 3569 Ridge Road Cleveland, OH 44102

Esta autorización expirará un año a partir de la fecha de autorización escrita abajo, a menos que sea revocada por mí o mi representante legal. Entiendo que yo, (o mi representante legal), tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, lo cual puedo hacer por notificación escrita presentada al Departamento de Registros Médicos de Neighborhood Family Practice 3569 Ridge Road Cleveland, OH 44102. Entiendo que la revocación no aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorgue a mi aseguradora el derecho de impugnar una reclamación bajo mi póliza o información que ya ha sido liberada en respuesta a esta autorización. Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntaria. Entiendo que el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no se basará en si firmo o no esta autorización. El acceso a la información médica es el derecho de cada paciente, sin embargo, entiendo que se me pueden cobrar copias de acuerdo con los Códigos Revisados de Ohio: 3701.74, 3701.741 y 3701.742. Después de que se publique mi información de salud, mi información puede ser re-divulgada por el receptor y puede que ya no esté protegida por la ley. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo contactar al Oficial de Privacidad u otro individuo en la organización identificada anteriormente.