



Release of Information

FRIENDS AND FAMILY AUTHORIZATION

I understand that my health care information at Noble Community Clinics is protected and I have received a copy of the Notice of Privacy Practices.

The name(s) listed below are family members or friends to whom I wish to grant access to my health care information. I will depend on the professional judgment of my provider and his/her designee to share such information as they deem necessary.

I understand that information is limited to verbal discussions and that no paper copies of my protected health information will be provided without my signature on a Release of Information form.

I understand that some information is considered "sensitive". I understand that I must check the specific boxes in order for my provider or his/her designee to release any "sensitive" information.

- checkbox Mental Health/Psychiatric Disorders (including depression)*
checkbox Chemical Dependency (drug and/or alcohol abuse/treatment)*
checkbox HIV/AIDS Virus*
checkbox Sexually Transmitted Diseases*

*A minor patient's signature is required in order to release information concerning care for: 1) Conditions relating the minor's sexuality including, but not limited to: contraception, pregnancy and sexually transmitted diseases (age 14 and above); 2) Alcohol and/or drug abuse (age 13 and above); and 3) Mental health conditions (age 13 and above).

This consent will be considered valid until such time that I revoke it. I reserve the right to revoke it at any time. It will be my responsibility to keep this information up to date as I recognize that relationships and friendships may change over time.

Table with 2 columns: Name, Relationship to Patient. Rows 1), 2), 3) with blank lines for input.

Emergency Contact Information

Name: Relationship:
Phone Number(s): Home Work Mobile

Patient Name: Date of Birth:

Patient Signature: Date:

Signature of Minor Releasing Info: Date:

Parent/Legal Guardian Signature: Date:



Liberación de información
AUTORIZACION DE FAMILIARES Y AMIGOS

Entiendo que mi información médica en Noble Community Clinics está protegida y he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

El/Los nombre(s) que figuran a continuación son familiares o amigos a quienes deseo conceder acceso a mi información de atención médica. Dependeré del criterio profesional de mi médico y su designado para compartir la información que consideren necesaria.

Entiendo que la información se limita a discusiones verbales y que no se proporcionarán copias en papel de mi información médica protegida sin mi firma en un formulario de Liberación de Información.

Entiendo que cierta información se considera "sensible". Entiendo que debo marcar las casillas específicas para que mi proveedor o su designado divulguen cualquier información "confidencial".

- Salud mental / trastornos psiquiátricos (incluida la depresión)
- Dependencia química (abuso / tratamiento de drogas / alcohol) *
- Virus del VIH / SIDA *
- Enfermedades de Transmisión Sexual *

* Se requiere la firma de un paciente menor de edad para liberar información sobre la atención para: 1) Afecciones relacionadas con la sexualidad del menor, que incluyen, entre otras: anticoncepción, embarazo y enfermedades de transmisión sexual (a partir de los 14 años); 2) Abuso de alcohol / drogas (13 años o más); y 3) Condiciones de salud mental (13 años y más).

Este consentimiento se considerará válido hasta el momento en que lo revoque. Me reservo el derecho de revocarlo en cualquier momento. Será mi responsabilidad mantener esta información actualizada, ya que reconozco que las relaciones y las amistades pueden cambiar con el tiempo.

Nombre	Relación con el Paciente
1) _____	_____
2) _____	_____
3) _____	_____

Information de contacto de emergencia

Nombre: _____ Relación: _____
Número(s) de Teléfono(s): _____ Casa Trabajo Celular

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Menor quien libera la Información: _____ Fecha: _____

Firma del Tutor Legal/Padre/Madre: _____ Fecha: _____