



**RELEASE OF INFORMATION (ROI) TO DISCUSS HEALTHCARE
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA HABLAR SOBRE ATENCIÓN MÉDICA**

Patient Information/Información del Paciente:

Legal Name/Nombre legal: _____ DOB/Fecha de Nacimiento: _____

Preferred Name/Nombre Preferido: _____ Phone/Teléfono: _____

I give permission for Chase Brexton to discuss my health as noted below with the following individual(s):

Doy permiso a Chase Brexton para hablar sobre mi salud según se indica a continuación con las siguientes personas:

Medical/Medicos

Dental/Dentista

Behavioral Health/Salud del Comportamiento

Substance Abuse/Abuso de Sustancias

1. Name/Nombre: _____

Phone Number/ Teléfono: _____ Relationship/Relación: _____

2. Name/Nombre: _____

Phone Number/ Teléfono: _____ Relationship/Relación: _____

3. Name/Nombre: _____

Phone Number/ Teléfono: _____ Relationship/Relación: _____

I understand that:

1. This HIPPA authorization for use and disclosure of information form is voluntary;
2. My treatment and the payment for my treatment will not be affected by my signing or not signing;
3. I may revoke this authorization at any time by notifying Chase Brexton in writing, but the revocation will not apply to information that has already been disclosed;
4. The information that is disclosed pursuant to this authorization may be re-disclosed by the recipient and no longer protected; and
5. I may request a copy of this authorization.

Entiendo lo siguiente:

1. La autorización para el uso y la divulgación de información de acuerdo con la ley HIPPA es voluntaria.
2. Mi tratamiento y el pago de mi tratamiento no se verán afectados, independientemente de que firme esta autorización o no.
3. A menos que sea revocada, esta autorización caducará al cumplirse un año de la fecha de firma.
4. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito dirigida al Oficial de Cumplimiento de Chase Brexton, pero la revocación no será aplicable a la información que ya haya sido divulgada.
5. La información que se divulgue de conformidad con esta autorización puede ser divulgada a su vez por el destinatario y ya no estará protegida.
6. Puedo solicitar una copia de esta autorización.

Signature of Patient or Patient's Legal Representative/Firma del Paciente o del Representante Legal del Paciente:

_____ Date/Fecha: _____

Name of Legal Representative (if applicable)/Nombre del Representante Legal (si corresponde):
