ARROYO VISTA FAMILY HEALTH CEN

2411 N. Broadway Los Angeles, CA 90031 | Tel:(323) 987-2(
Email: healthinformation@arroyovista.org Fax: (323)987-1450

Patient's info. goes here. Please make sure it is legible and accurate.

PATIENT INFORMATION		
LAST NAME:	FIRST NAME:	
DATE OF BIRTH:	MEDICAL RECORD #:	TELEPHONE #:
ADDRESS:	CITY/STATE:	ZIP CODE:

Person/Organization Providing the Information	Person/Organization Receiving the Information
Name: _____	Name: _____
Address: _____	Address: _____
City/State/Zip: _____	City/State/Zip: _____
Phone # : (_____)	Phone # : (_____)
Fax #: (_____) _____	Fax #: (_____) _____
	☐ Patient - Email: _____

If requesting from outside facility (not AVFHC) The info goes here, otherwise stamp with AVFHC info.

Info. of the person who is not the patient receiving the record goes here. (parent of a minor or someone other than patient)

check box if patient is receiving their record.

add email if person wants to receive records via email. (note: if requesting a lot of records, they will be mailed)

45 C.F.R. §164.508(c)(1)(i) and (iii); CA Civil Code §§56.11(c),

Description of the Information to be Released
(Provide a detailed description of the specific information to
45 C.F.R. §164.508(c)(1)(i); CA Civil Code §§56.11(d), and (g)

Initial each type of confidential information you authorize to be released:

_____ (Int.) HIV/AIDS/STD/Hep.C/ Test/ Results/ Treatment

_____ (Int.) Substance Abuse

_____ (Int.) Mental Health/ Behavior Health Information (Depression, Anxiety, etc.)

_____ (Int.) Genetic T

_____ (Int.) Other: _____

All circled confidential info. should be initial if patient is requesting ALL RECORDS and/or LAB RESULT. otherwise info. will be excluded.

add confidential info. here if not listed above

Provider Approved:_____ Provider Denied:_____ Date:_____

Other: what is being requested goes here. (ex: most recent physical and immunization record)

For the following period of time: from_____ (date) to_____ (date).

Description of the Purpose and Limitations for the Use or Release of the Information (Indicate how information will be used)
45 C.F.R. §164.508(c)(1)(iv)

The reason why records are being requested (ex: Personal, Continuation of care, etc.)

The information will not be used for any purpose other than its intended use.

There will be a charge for a personal copy or the permanent transfer of your records. CIOX has been contracted by Arroyo Vista Family Health Center to provide this service and CIOX will charge you directly. For Questions Call CIOX at: (800) 367-1500 Select Site 10.

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

ARROYO VISTA FAMILY HEALTH CENTER

This authorization for release of information will expire in 12 months from the date signed or as otherwise specified: _____ (date).
[45 C.F.R. §164.508(c)(v); CA Civil Code §56.11(h)]

only add an expiration date (2 weeks from sign. date) if patient wants ROI to expire before 12 months of signature date. Otherwise leave blank and ROI is valid for 12 months

I understand that:

- **I authorize the use and/or disclosure of my individually identifiable health information as described above for the purpose listed. I understand that this authorization is voluntary.** *[45 C.F.R. §164.508(c)(2)(i)]*
- **I have the right to cancel this authorization at any time by sending a signed notice to Arroyo Vista Family Health Center, Health Information Management Department at 2411 N. Broadway, Los Angeles, CA 90031. The authorization will cease on the date my valid revocation request is received.** *[45 C.F.R. §164.508(c)(2)(i); CA Civil Code §56.15]*
- **The Notice of Privacy Practices provides instructions for me should I choose to revoke my authorization and includes limitations on my revocation.** *[45 C.F.R. §164.508(c)(2)(i)]*
- **My treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits will not be affected if I do not sign this authorization.** ***[45 C.F.R. §164.508(c)(2)(ii)]***
- **Under California law, the recipient of my medical information is prohibited from disclosing the information, except with a written authorization or as specifically required or permitted by law.** *[CA Civil Code §56.13]*
- **If the organization or person I have authorized to receive the information is not a health plan or health care provider; the released information may no longer be protected by federal privacy regulations.** *[45 C.F.R. §164.508(c)(2)(iii)]*
- **I have the right to receive a copy of this authorization.** *[45 C.F.R. §164.508(c)(4; CA Civil Code §56.11(i)]*
- **Records and copies obtained by recipient relating to outpatient psychotherapy care shall be returned to disclosing organization or destroyed by recipient at the expiration date of this authorization except those obtained for treatment and diagnosis purposes.** *[CA Civil Code §56.104(a)(4)]*

Patient Signature:	Date:

patient's signature

signature date

[45 C.F.R. §164.508(c)(1)(vi); CA Civil. Code §56.11(c)]

Patient's (Personal) Representative Signature:	Relationship:	Date:

signature of person other than patient

relationship to patient

[45 C.F.R. §164.508(c)(1)(vi); CA Civil Code §56.11(c)]

signature date

ID Obtained and All Information Verified By AVFHC Employee:

_____ Date: _____

❑Lincoln Heights ❑Highland Park ❑ES Valley ❑ES Huntington

ARROYO VISTA FAMILY HEALTH CENTER

2411 N. Broadway Los Angeles, CA 90031 | Tel:(323) 987-2097
Email: healthinformation@arroyovista.org Fax: (323)987-1450

Información del paciente va aquí. Asegúrese de que sea legible y preciso.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE		
APELLIDO:	PRIMER NOMBRE:	
FECHA DE NACIMIENTO:	# DE ARCHIVO:	# DE TELEFONO:
DIRECCION:	CIUDAD/ESTADO:	CODIGO POSTAL:

Individuo/Organización Proveyendo La Información	Individuo/Organización Recibiendo La Información
Nombre:_____	Nombre: _____
Direccion: _____	Direccion: _____
Ciudad: _____	Ciudad: _____Esta
Codigo Postal:_____	Código Postal:_____
# de Tel: (_____) _____	# de Tel: (_____) _____
# de Fax: (_____) _____	# de Fax: (_____) _____
	☐ Paciente - Correo Elec.:__

Si lo solicita desde una instalación externa (no AVFHC), la información va aquí, de lo contrario, selle con la información de AVFHC.

Info. de la persona que no es el paciente que recibe el registro va aquí. (padre de un menor o de otra persona que no sea el paciente)

Marque la casilla si el paciente está recibiendo su registro.

agregue correo electrónico si la persona desea recibir registros por correo electrónico. (nota: si solicita muchos registros, se enviarán por correo)

Descripción de la Información que será Divulgada
(proporcionar una descripción específica de la información que
45 C.F.R. §164.508(c)(1)(i); CA Civil Code §§56.11(d), ar

Ponga sus iniciales en cada información confidencial que autorize se divulgada:

_____ VIH/SIDA/ETS/Hep.C/
(Int.) Prueba/ Resultados/ Tratamiento

_____ Información de Salud Mental/Salud
(Int.) Conductual (Depresión, Ansiedad, etc.)

_____ Otro motivo: _____
(Int.)

_____ Informació
(Int.)

_____ Análisis G
(Int.)

Cuando solicite todos los registros médicos y / o resultados de laboratorio, inicie toda la información confidencial.

agregue información confidencial aquí si no está en la lista anterior

Aprobado por el Proveedor: Negado por el Proveedor: Fecha: _____

Otro motivo:

Lo que se solicita va aquí.
(ej.: registro físico más reciente y cartilla de vacunación)

Durante el siguiente periodo de tiempo:Desde _____ (Fecha) al_____ (Fecha).

Describa el propósito y limitaciones para el uso o la divulgación de la información (indique cómo se utilizará la información) *45 C.F.R. §164.508(c)(1)(iv)*

El motivo por el que se solicitan los registros (ej.: Personal, continuación de la atención, etc.)

La información no se usará para ningún otro propósito que no sea el uso previsto.

Habrá un cargo por cada copia personal o la transferencia permanente de su expediente. CIOX ha sido contratado por Arroyo Vista Family Health Center para proporcionar este servicio y CIOX le cobrará directamente. Para preguntas llame a CIOX al: (800) 367-1500 seleccione el #10.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

ARROYO VISTA FAMILY HEALTH CENTER

Esta autorización para la divulgación de la información expira sólo agregue una fecha de vencimiento (2 semanas a partir de la fecha de la firma) si el paciente desea que el ROI caduque antes de los 12 meses de la fecha de la firma. De lo contrario, déjelo en blanco y el ROI es válido por 12 meses

firmada o según lo especificado_____(fecha).
[45 C.F.R. §164.508(c)(v); CA Civil Code §56.11(h)]

Yo entiendo que:

- Autorizo el uso y/o divulgación de mi información d
para el propósito indicado. Entiendo que esta autorización es voluntaria. *[45 C.F.R. §164.508(c)(2)(i)]*
- Tengo el derecho de cancelar esta autorización en cualquier momento enviando una carta firmada a Arroyo Vista Family Health Center, Departamento de Manejo de Información de Salud en 2411 N. Broadway, los Angeles, CA 90031. La autorización terminará en la fecha en que se reciba mi solicitud válida de revocación. *[45 C.F.R. §164.508(c)(2)(i); CA Civil Code §56.15]*
- El aviso de Prácticas de Privacidad proporciona instrucciones si elijo revocar mi autorización e incluye limitaciones de mi revocación. *[45 C.F.R. §164.508(c)(2)(i)]*
- Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no se verán afectados si no firmo esta autorización. *[45 C.F.R. §164.508(c)(2)(ii)]*
- Bajo la ley de California, el recipiente de mi información médica tiene prohibido revelar la información, excepto con una autorización escrita o como requerido o permitido por la ley. *[CA Civil Code §56.13]*
- Si la organización o persona que he autorizado para recibir la información no es un plan de salud o un proveedor de servicios de salud; la información divulgada no sera protegida por reglamentos federales de privacidad. *[45 C.F.R. §164.508(c)(2)(iii)]*
- Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.
[45 C.F.R. §164.508(c)(4; CA Civil Code §56.11(i)]
- Los registros y copias obtenidas por el destinatario en relación con la atención de psicoterapia se devolverán a la organización o destruiran por el destinatario en la fecha de vencimiento de esta autorización, excepto las obtenidas para propósitos de tratamiento y diagnóstico. *[CA Civil Code §56.104(a)(4)]*

Firma Del Paciente:	Fecha:
firma del paciente / fecha de firma	

[45 C.F.R. §164.508(c)(1)(vi); CA Civil. Code §56.11(c)]

Firma del Representate Legal:	Relacion:	Fecha:
firma de otra persona que no sea el paciente	Relación con la/el paciente	

[45 C.F.R. §164.50 Code §56.11(c)]

ID Obtained and All Information Verified By AVFHC Employee:

fecha de firma

_____ Date: _____

❑Lincoln Heights ❑Highland Park ❑ES Valley ❑ES Huntington