



Authorization to Release Protected Health Information

Name _____ Birth Date _____
First Middle Last Month/Day/Year

Release information **TO** or **FROM** (choose one): **Hamm Clinic**
408 Saint Peter Street, Suite 429
St. Paul, MN 55102
Phone 651-224-0614
Fax 651-224-5754

Release information **TO** or **FROM** (choose one):

Agency or person: _____
Address: _____
City/State/Zip _____
Phone: _____
Fax (optional): _____

***I authorize both parties indicated above to continue an on-going exchange of information including verbal consultation for the duration of my treatment Yes No (circle one)**

Purpose of Release:

Treatment/Continued Care Personal Legal
 Other (specify) _____

Information to be Released:

Diagnostic Assessment Psychiatric Evaluation
 Psychological Evaluation Progress notes
 Medication information Summary of Treatment (Closing)
 Other (specify) _____

I authorize release of the information indicated above. This authorization may be revoked at any time except to the extent that action has been taken in reliance on it. Revocation must be made in writing to the provider/facility releasing the information. Hamm Clinic will not condition treatment on whether I sign the authorization. Information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected by state law. I understand the information to be released may include records related to behavioral and/or mental health care, alcohol and drug abuse treatment, HIV/AIDS, and genetics. I may be charged for copies in accordance with state law.

I want to receive a copy of this authorization form Yes No (circle one)

This authorization will expire one year from the date of signing except as noted above (*) or unless I indicate an earlier date or event here: _____

Signature: _____ **Date Signed:** _____

Printed Name of Person signing (if not patient): _____

Indicate your legal authority to sign and provide documentation of authority.



Autorización/Consentimiento para el intercambio de información protegida de salud

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____
1er. Nombre 2do. Nombre Apellido

Intercambio de Información Con De (Elegir uno): **Clinica Hamm**
408 Saint Peter Street, Suite 429
St. Paul, MN 55102
Tel 651-224-0614
Fax 651-224-5754

Intercambio de Información De Con (Elegir uno):

Agencia o persona: _____
Dirección: _____
Cd./Edo/CP _____
Tel: _____
Fax (opcional): _____

***Yo autorizo a las partes indicadas arriba, a intercambiar información relativa a mi salud, ya sea verbal o escrita, durante mi tratamiento. Sí No (circule una)**

Con el propósito de:

Mi tratamiento/Cuidado continuo Personal Legal
 Otro (Especificar) _____

Información a proveer/recibir:

Diagnóstico Evaluación Psiquiátrica
 Evaluación Psicológica Notas
 Información de Medicamentos Sumario del tratamiento (incluyendo término del mismo)
 Otro (Especificar) _____

Yo autorizo que se provea/reciba la información indicada arriba. Esta autorización puede revocarse en cualquier momento, excepto cuando se ha actuado ya dependiendo de la misma. Se revocará de forma escrita a los proveedores o agencias involucradas. La Clínica Hamm no condicionará mi tratamiento en si firmo la autorización o no. La información utilizada o revelada de acuerdo con esta autorización puede ser objeto de divulgación por el destinatario y puede no estar protegida por la ley estatal. Entiendo que la información proveída puede contener notas o registros relacionados con el tratamiento de salud mental, de comportamiento, abuso de alcohol, drogas, HIV/SIDA, e información genética. También entiendo de que se me puede cobrar por copias si las requiero, de acuerdo a la ley estatal..

Solicito una copia de esta forma Sí No (circule una)

Esta autorización expirará a un año de la fecha de expedición, excepto si marqué SI en la frase con el asterisco (*) arriba o si yo indico otra fecha aquí: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre de la persona que firma si no es el paciente _____
Indique su autoridad legal para firmar y presentar la documentación de la misma.