



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: _____

***I authorize both parties indicated above to continue an on-going exchange of information, including verbal consultation for the duration of my treatment: YES or NO (choose 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 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 the 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 the 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 or NO (choose one)

This authorization will expire one year from this 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 intercambio de información protegida salud

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____
Ler. Nombre 2do. Nombre Apellido

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

Intercambio de Información: **De** or **Con** (Elegir uno):
Agencia o persona: _____
Dirección: _____
Cd./Edo/CP: _____
Tel: _____
Fax: _____

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

Con el propósito de:
 Mi tratamiento/Cuidado continuo Personal Legal
 Otro (Especificar) _____

Información a proveer/recibir:
 Diagnóstico Evaluación Psiquiátrica
 Evaluación Psicologica Notas
 Información de Medicamentos Sumario del tratamiento (incluyendo termino del mismo)
 Otro (Especificar) _____

Yo autoro que se provea/reciba la información indicada arriba. Esta autorización puede revocarse en cualquier momento, except cuando se ha actuado ya dependiendo de la misma. Se revocara de forma escrita a los proveedores o agencias involucradas. La Clinica 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 per el destinatario y puede no estar protegida per la ley estatal. Entiendo que la información proveida 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 pro copias si las requiero, de acuerdo a la ley estatal.

Solicito una copia de esta forma: Si or No (circule una)

Esta autorización expirara en un ano de la firma, excepto cuando se idique 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.

