



Settlement Health

Health Information Department

212 East 106th Street

New York, NY 10029

Tel: 212-360-2646

Fax: 646-619-8446 or 646-619-8489

CONSENT FOR RELEASE OF INFORMATION

(Consentimiento Para Reclamar Información)

(Includes Confidential HIV Related Information/ Incluye Información Confidencial Relacionada con VIH)

Patient's Name/Address: (Nombre del Paciente/Dirección)	Date of Birth (Fecha de Nacimiento)	Medical Record Number (Número de Expediente)
	Last 4 Numbers of SSN (Últimos 4 Números del SSN)	Phone Number (Número del Teléfono)
Name of Health Provider to Release and or Discuss Information: (Nombre del Proveedor de Salud a extraer y discutir Información)	Specific information requested is: (La Información específica requerida es)	
<i>Requesting From</i>	<input type="checkbox"/> Entire Medical Record/Expediente Médico Completo <input type="checkbox"/> Covering Medical Period (From) _____ To _____ Período (Desde) _____ (Hasta) _____ <input type="checkbox"/> Confined to the following specific Information/ Información Específica _____	
Name & Address of Person or Entity to Whom Info. Will be Sent (Nombre y dirección de la persona o entidad a quien Info. será enviada)	For the purpose of (Con el propósito de):	
<i>Sending To</i>	<input type="checkbox"/> Transferring Care/ Transferencia de Cuidado Médico <input type="checkbox"/> Individual's Request/ Expediente Personal <input type="checkbox"/> Other(Please Specify)/ Otro (Por Favor Especifique) <hr/>	

1. If the requested portion of the record contains information pertaining to one of the following please initial information needed.
(Si la porción solicitada contiene información pertinente a una de las siguientes, por favor indíquelo con sus iniciales.)

_____ **HIV Information** such as Treatment, Meds, Results, Labs, and Case Management. (*Información sobre el VIH, Tratamiento, Medicinas, Resultados, Laboratorio, y Mantenimiento de su Caso.*)

_____ **Mental Health** -Psychiatric, Psychological evaluation or Progress Report. (*Psiquiatría, Evaluaciones de Psicología, o Reportes.*)

_____ **Drug Treatment** (Toxicology, Reports, Treatment .) (*Pueba de Drogas, Reportes y Tratamientos.*)

I understand that this consent will expire when acted upon or 90 days from this date, whichever occurs first. I know I do not have to allow release of HIV related information and that I can change my mind at any time before it is released. If I experience discrimination because of release of HIV confidential information, I can call the NYS-Division of Human Right at 800-523-2437 or the NYC Commission on Human Rights at (212) 306-7500.

Yo entiendo que esta autorización se caducará cuando se use o 90 días a partir de esta fecha, o cualquiera ocurre primero. Sé que no tengo que permitir el intercambio de información relacionado con el VIH y que puedo cambiar de opinión en cualquier momento antes de que se intercambie la información. Estoy de acuerdo que, de haber algún acto discriminatorio hacia mi persona, al extraer información confidencial sobre el VIH, puede llamar a la División de Derechos Humanos en el estado de Nueva York al 800-523-2437 ó a la Comisión de Derechos Humanos de la ciudad de Nueva York al 212-306-7500.

Signature of Patient or Representative (**Firma del Paciente**)

Date (**Fecha**)

Relationship to Patient (**Relación al Paciente**)

Received By SH Staff

FEE FOR COPYING RECORDS: Settlement Health charges \$.75 per page for medical record photocopies. Patients will not be charged for copies that are sent to another provider or hospital.