



# CONSENT FORM FOR RELEASE OF INFORMATION (MINOR)

ALIVIO MEDICAL CENTER LOCATION  
WHICH MEDICAL RECORD IS BEING REQUESTED \_\_\_\_\_

DATE

MED REC # / PID #

## PATIENT INFORMATION

NAME

DOB

PHONE

### REASON FOR REQUEST

- ☐ PERSONAL COPY  
☐ CONTINUATION OF CARE DOCUMENTATION  
☐ LEGAL/INSURANCE

## DISCLOSURE INFORMATION (Release To)

PERSON/FACILITY/AGENCY

ADDRESS

CITY/STATE/ZIP

PHONE

FAX

## OBTAIN FROM (Request From)

PERSON/FACILITY/AGENCY

ADDRESS

CITY/STATE/ZIP

PHONE

FAX

## SPECIFIC INFORMATION TO BE DISCLOSED/REQUESTED

- ☐ ENTIRE RECORD  
☐ HISTORY & PHYSICAL  
☐ PRENATAL RECORDS  
☐ LABS  
☐ RADIOLOGY REPORTS (XRAY, US)  
☐ IMMUNIZATION/SHOT RECORDS  
☐ PROGRESS NOTES  
☐ OTHER \_\_\_\_\_

DATES OF SERVICE:

TO

## SPECIAL INFORMATION TO BE DISCLOSED/REQUESTED

(By initialling these, you authorize Alivio Medical Center to release this information.)

- ☐ HIV & STD STATUS, REPORT, INFORMATION INITIAL: \_\_\_\_\_  
☐ MENTAL HEALTH INITIAL: \_\_\_\_\_

1. I understand that this authorization is voluntary and that I may refuse to sign this authorization. Unless allowed by law, my refusal to sign will not affect my ability to obtain treatment, receive payment, or eligibility for benefits.
2. I understand this the information I authorize a person or entity to receive may be redisclosed and no longer protected by federal privacy regulations.
3. I understand that I may revoke this consent in writing as long as the request has not been fulfilled before time and this authorization is obtained as a condition for obtaining insurance coverage, other law providers, other law provides the insurer the right to contest a claim under the policy itself.

## PATIENT/PERSON AUTHORIZING RELEASE

NAME

SIGNATURE

DATE SIGNED

RELATIONSHIP TO THE PATIENT

### FOR INTERNAL USE ONLY

Name of M.A. \_\_\_\_\_  
Name of Physician \_\_\_\_\_  
M.R. Received on \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
M.R. Clerk (Print) \_\_\_\_\_  
M.R. Signature \_\_\_\_\_

This consent will expire in 6 months from the date signed unless I specify otherwise.  
Expiration date as specified by the patient: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# Alivio Medical Center

An Active Presence for a Strong Community

773.254.1400 | [aliviomedicalcenter.org](http://aliviomedicalcenter.org)



# FORMA DE CONSENTIMIENTO (MENOR)

ALIVIO MEDICAL CENTER UBICACIÓN  
QUÉ EXPEDIENTE MÉDICO SE SOLICITA \_\_\_\_\_

FECHA

MED REC # / PID #

## INFORMACION DE PACIENTE

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

TELÉFONO

### REASON FOR REQUEST

- ☐ PERSONAL  
☐ CONTINUACION DE TRATAMIENTO  
☐ LEGAL

## ENVIAR A

PERSONA/INSTITUCIÓN

DIRECCIÓN

CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO

FAX

## SOLICITAR DE

PERSONA/INSTITUCIÓN

DIRECCIÓN

CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO

FAX

## ESPECIFIQUE CON (X) LA INFORMACION QUE SOLICITA

- ☐ EXPEDIENTE COMPLETO  
☐ HISTORIA Y FISICOS  
☐ NOTAS PRENATALES  
☐ TARJETA DE VACUNAS  
☐ RAYOS-X, ULTRASONIDOS (XRAY, US)  
☐ LABORATORIOS  
☐ NOTAS DE DOCTOR  
☐ OTRO (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

FECHAS DE SERVICIO:

A

## PERMISOS ESPECIALES

(Iniciales en estos espacios autoriza Centro Médico Alivio a divulgue esta información.)

- ☐ HIV & STD STATUS (ESTATUS, NOTAS) INICIAL: \_\_\_\_\_  
☐ AYUDA MENTAL O ABUSO INICIAL: \_\_\_\_\_

1. Yo entiendo que mi autorización es voluntaria y que yo puedo negarme para firmar esta autorización. Solamente que sea permitido por la ley al yo negarme a firmar no me afecta a recibir tratamiento médico, recibir pagos o sere legible para beneficios.
2. Yo entiendo que la información que yo autorizo a una persona o institución se puede divulgue y no será protegida par las reglas privadas federales.
3. Yo entiendo que yo puedo revocar este consentimiento por escrito mientras la solicitud no sea realizada antes de tiempo y esta autorización es obtenida con la condición de obtener cubrimiento de seguridad, otras leyes provén a la seguridad con el derecho de contender y reclamar debajo de la póliza o la misma póliza.

## PERSONA QUIEN ESTA AUTORIZANDO LA TRANSFERENCIA DEL EXPEDIENTE

NOMBRE

FIRMA

FECHA EN QUE SE DIO PERMISO

PARENTESCO

### FOR INTERNAL USE ONLY

Name of M.A. \_\_\_\_\_  
Name of Physician \_\_\_\_\_  
M.R. Received on \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
M.R. Clerk (Print) \_\_\_\_\_  
M.R. Signature \_\_\_\_\_

Este consentimiento expirara seis (6) meses de la fecha firmada;  
a menos que especifique de otro modo. Fecha de Expiración: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Alivio Medical Center**

An Active Presence for a Strong Community

773.254.1400 | [aliviomedicalcenter.org](http://aliviomedicalcenter.org)