



**CommunityHealth**  
**2611 West Chicago Avenue**  
**Chicago, Illinois 60622**  
**(773) 395-9900**

**Autorización PARA Salida de Información de Salud Protegida**  
**Authorization TO Release Protected Health Information**

I/Yo, \_\_\_\_\_  
 Apellido/Last Name \_\_\_\_\_ Primer nombre/ First Name \_\_\_\_\_ Inicial/Initial \_\_\_\_\_  
 Date of Birth/Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Address/Dirección: \_\_\_\_\_  
 Phone #/Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Chart # / Número de expediente: \_\_\_\_\_

**Hereby authorize CommunityHealth to release any and all medical records on file to the provider, clinic, hospital, or other listed below: / Por medio de la presente, autorizo a CommunityHealth a soltar cualquier historial medico en mi archivo al proveedor, clínica, hospital o a la persona nombrada enseguida:**

\_\_\_\_\_  
 Health Care Facility Name and Address / Nombre y dirección de clinica, hospital, etc.

- |                                 |                                                 |
|---------------------------------|-------------------------------------------------|
| _____ Discharge summary         | _____ Emergency Room Records                    |
| _____ Resume al dar de alta     | _____ Informe de Emergencia                     |
| _____ History and Physical      | _____ Laboratory Reports/Informe de Laboratorio |
| _____ Historial y Examen Físico |                                                 |
| _____ Operative Report          | _____ EKG/EEG / Informe de EKG/EEG              |
| _____ Informe Operativo         |                                                 |
| _____ Progress Notes            | _____ X-Rays/Informe de Rayos X - Radiología    |
| _____ Notas del Doctor/Progreso |                                                 |
| _____ Pathology Report          | _____ Other (please specify below)              |
| _____ Informe de Patología      | _____ Otro (especificar abajo)                  |

**AuhtORIZATION TO Release for Sensitive Protected Health Information**  
**Autorización PARA Salida de Información de Salud Protegida**

You must mark “Yes” or “No” below if you authorize the release of the following information in addition to the information requested above:

- Human Immunodeficiency Virus (HIV) or HIV/Acquired Immune Deficiency Syndrome
- Sexually transmitted or “communicable” diseases (includes hepatitis, as well as venereal diseases)
- Drug, alcohol or substance abuse
- Mental health or developmental disabilities (including mental retardation or similar disabilities, for example, those attributable to cerebral palsy, autism or neurological dysfunctions)
- Genetic testing

**Yes**                       **No**

Usted debe de marcar Si o No abajo, si autoriza la salida de la siguiente información, aparte de la información mencionada arriba.

- Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
- Enfermedades transmitidas sexualmente o “contagiosas” (incluyendo tanto hepatitis como enfermedades venéreas)
- Drogas, alcohol o abuso de sustancias
- Discapacidades mentales o de desarrollo (incluyendo retardación mental o discapacidades similares, por ejemplo aquellos característicos de parálisis cerebral, autismo o trastornos neurológicos.
- Experimentos genéticos

**Si**                                       **No**

This authorization is valid for one year. I understand that I may revoke this authorization in writing at any time, but not retroactive to the release of information made in good faith. / Esta autorización es válida por un año. Yo comprendo que puedo revocar ésta autorización por escrito cualquier día pero no retroactivo a la fecha de ésta salida de información, hecha de buena fe.

\_\_\_\_\_  
 Signature/Firma

\_\_\_\_\_  
 Witness/Testigo

\_\_\_\_\_  
 Date/Fecha: