



HealthWorks for Northern Virginia
Your Community Health Center

Compassionate • Culturally Competent • Accessible to All

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OR EXCHANGE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR O INTERCAMBIAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Patient Name (<i>Nombre del paciente</i>):	Patient Acct No (<i>N.º de cuenta del paciente</i>):
Date of Birth (<i>Fecha de nacimiento</i>):	Today's Date (<i>Fecha de hoy</i>):

I authorize HealthWorks for Northern Virginia to release/request health information to/from (*Autorizo a HealthWorks for Northern Virginia a divulgar/solicitar información de salud a/de*):

Name of person or facility
(*Nombre de la persona o establecimiento*)

Address, City, State, Zip Code
(*Dirección, ciudad, estado, código postal*)

Phone number (*Número de teléfono*)

Fax number (*Número de fax*)

Reason for Request (*Motivo de la solicitud*): _____

I HEREBY AUTHORIZE **HEALTHWORKS FOR NORTHERN VIRGINIA** AND THE FOLLOWING ENTITIES TO USE AND EXCHANGE INFORMATION (*POR EL PRESENTE AUTORIZO A **HEALTHWORKS FOR NORTHERN VIRGINIA** Y A LAS SIGUIENTES ENTIDADES A USAR E INTERCAMBIAR INFORMACIÓN*):

<input type="checkbox"/> Loudoun County Health Dept.	<input type="checkbox"/> University of Virginia
<input type="checkbox"/> Loudoun Free Clinic	<input type="checkbox"/> Fairfax County Health Dept.
<input type="checkbox"/> INOVA Health Systems	<input type="checkbox"/> Reston Hospital Center
<input type="checkbox"/> WIC	<input type="checkbox"/> StoneSprings Hospital Center
<input type="checkbox"/> NIH	<input type="checkbox"/> Other _____

Information to be released (*Información a divulgar*):

<input type="checkbox"/> Progress Notes	<input type="checkbox"/> Lab Results	<input type="checkbox"/> Medical Records (<2 years)
<input type="checkbox"/> Diagnostic Imaging Reports	<input type="checkbox"/> Vaccination Reports	<input type="checkbox"/> Dental X-Rays/Treatment Plan
<input type="checkbox"/> Pathology Reports	<input type="checkbox"/> EKG Results	

Leesburg Center
163 Fort Evans Road NE
Leesburg, VA 20176
Fax: (703) 443-2033

Herndon Center
1141 Elden Street, Suite 300
Herndon, VA 20170
Fax: (703) 435-6752

Reston Center
11484 Washington Plaza W
Reston, VA 20190
Fax: (703) 657-2142

Sterling Satellite Office
21641 Ridgetop Circle
Sterling, VA 20166
Fax: (703) 443-2033



HealthWorks for Northern Virginia
Your Community Health Center

Compassionate • Culturally Competent • Accessible to All

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OR EXCHANGE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR O INTERCAMBIAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

PATIENT'S RIGHTS (DERECHOS DEL PACIENTE)

_____Initial (*Inicial*) - I understand this authorization is voluntary. Treatment, payment enrollment or eligibility benefits may not be conditioned on signing this authorization except if the authorization is for: 1) conducting research-related treatment, 2) obtaining information in connection with eligibility or enrollment in a health plan, 3) for determining an entity's obligation to pay a claim, or 4) creating health information to provide a third party. Under no circumstances, however, I am required to authorize the release of mental health records.

(Tengo conocimiento del carácter voluntario de esta autorización. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios no pueden estar supeditados a la firma de esta autorización, salvo que ésta tenga como fin: 1) realizar un tratamiento de carácter investigativo, 2) obtener información en relación con la elegibilidad o inscripción en un plan de salud, 3) determinar la obligación de una entidad de pagar un reclamo o 4) generar información de salud para entregar a un tercero. No obstante, bajo ninguna circunstancia estoy obligado a autorizar la divulgación de registros de salud mental)

_____Initial (*Inicial*) - I may revoke this authorization at any time, provided that I do so in writing and submit it to HealthWorks for Northern Virginia at 163 Fort Evans Rd NE, Leesburg, VA 20176, or 1141 Elden Street, Ste. 300 Herndon, VA 20170. The revocation will take effect when HealthWorks receives it, except to the extent that HealthWorks or others have already relied on it.

(Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, siempre y cuando lo haga por escrito y envíe la revocación a HealthWorks for Northern Virginia en 163 Fort Evans Rd NE, Leesburg, VA 20176 ó 1141 Elden Street, Ste. 300 Herndon, VA 20170. La revocación tendrá vigencia a partir del momento en que HealthWorks la reciba, salvo en la medida en que HealthWorks u otros ya hayan actuado basándose en ella.)

_____Initial (*Inicial*) - I am entitled to receive a copy of this authorization. *(Estoy facultado para recibir una copia de esta autorización)*

Leesburg Center
163 Fort Evans Road NE
Leesburg, VA 20176
Fax: (703) 443-2033

Herndon Center
1141 Elden Street, Suite 300
Herndon, VA 20170
Fax: (703) 435-6752

Reston Center
11484 Washington Plaza W
Reston, VA 20190
Fax: (703) 657-2142

Sterling Satellite Office
21641 Ridgetop Circle
Sterling, VA 20166
Fax: (703) 443-2033



HealthWorks for Northern Virginia
Your Community Health Center

Compassionate • Culturally Competent • Accessible to All

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OR EXCHANGE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR O INTERCAMBIAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

NOTICE (NOTIFICACIÓN)

HealthWorks for Northern Virginia and many other organizations and individuals such as physicians, hospitals, and health plans are required by federal regulations to keep your health information confidential. If you have authorized the disclosure of your health information to someone who is not legally required to keep it confidential, it may no longer be protected by state or federal confidentiality laws. *(HealthWorks for Northern Virginia y muchas otras organizaciones e individuos como médicos, hospitales y planes de salud están obligados por las normas federales a mantener la confidencialidad de su información de salud. Si usted ha autorizado la divulgación de su información de salud a alguien que no está legalmente obligado a mantener su confidencialidad, ésta ya no podrá estar más protegida por leyes estatales o federales en materia de confidencialidad)*

PATIENT'S PERSONAL USE (USO PERSONAL DEL PACIENTE)

_____ Initial *(Inicial)* - I understand I may be charged a per page fee for copies produced for my personal use. *(Tengo conocimiento de que pueden cobrarme un arancel por página correspondiente a las copias que se originen para mi uso personal)*

EXPIRATION OF AUTHORIZATION (CADUCIDAD DE LA AUTORIZACIÓN)

_____ Initial *(Inicial)* - Unless otherwise revoked, this authorization expires _____ (insert applicable date or event). If no date is indicated, this authorization will expire 12 months after the date of signing this form. *(A menos que se revoque de otra manera, esta autorización caduca el _____ (insertar fecha o evento correspondiente). Si no se indica ninguna fecha, esta autorización caducará 12 meses después de la fecha de la firma de este formulario)*

Signature of Patient, Parent or Legal Guardian
(Firma del paciente, padre o tutor legal)

Witness or Translator
(Testigo o traductor)

Printed Name
(Nombre en letra imprenta)

Employee Signature
(Firma del empleado)

Leesburg Center
163 Fort Evans Road NE
Leesburg, VA 20176
Fax: (703) 443-2033

Herndon Center
1141 Elden Street, Suite 300
Herndon, VA 20170
Fax: (703) 435-6752

Reston Center
11484 Washington Plaza W
Reston, VA 20190
Fax: (703) 657-2142

Sterling Satellite Office
21641 Ridgetop Circle
Sterling, VA 20166
Fax: (703) 443-2033