

## Instrucciones para la liberación *de* información de COPA

Como completar el formulario de Autorización para liberar y/o recibir Información de salud protegida.

**Por favor Note:** Si el paciente tiene **15 años o mayor**, tienen que completar y firmar la liberación ellos mismos.

1 Incluya **Nombre, Dirección y número de teléfono** de la clínica o persona que está recibiendo los records

2 Incluya el **nombre completo, fecha de nacimiento, número de teléfono** Incluya **Nombre, Dirección y dirección** del paciente al cual pertenecen los records

3 Ponga una "X" en el recuadro para indicar como le gustaría recibir los records. Por favor incluya la locación de la clínica si los va a recoger.

4 Ponga una "X" en el recuadro para indicar para que se usaran los records.

5 Ponga sus **iniciales** o una "X" al lado de la información la cual quiera que sea liberada. Por favor también incluya el periodo de tiempo de los records a ser liberados.

6 Ponga sus **iniciales** al lado de cada categoría que a usted le gustaría liberar. Solo la información en al que usted ponga sus iniciales será liberada.

7 Firme y escriba su nombre, fecha e indique con una "X" en el recuadro apropiado para describir su relación con el paciente

Para uso Interno Solamente

8 On the back of the form) If the parent/patient is requesting records *from* COPA for **personal** or **legal** use, please notify the parent/patient of the charge and sign and date acknowledging that you informed them.



