



ADVOCACY FORM

ACCION
Address
(XXX) XXX- XXXX Fax: (XXX) XXX- XXXX

Patient Name _____ D.O.B. _____ Date _____

- 1) By signing this form, I authorize you to release confidential health information about me, by releasing a copy of my medical records, of my protected health information to ACCION and its representatives regarding:

<input type="checkbox"/> Summary Sheet	<input type="checkbox"/> Progress Notes	<input type="checkbox"/> History & Physical
<input type="checkbox"/> Doctor's Orders	<input type="checkbox"/> Electrocardiogram(s)	<input type="checkbox"/> Discharge Summary
<input type="checkbox"/> Lab Report(s)	<input type="checkbox"/> Pathology Report(s)	<input type="checkbox"/> Surgery Report(s)
<input type="checkbox"/> Radiology Report(s)		

Limitations on the information you may release subject to this Release Form are as follows:

- 2) I have read this authorization or have had this authorization read to me. I understand and agree to its contents.

I have been informed that I may revoke this authorization by written statement at any time.

(Patient Signature or legal Representative)

(Date)

(Witness)

(Date)



FORMA DE ASESOR

ACCION
Dirección
(XXX) XXX- XXXX Fax: (XXX) XXX- XXXX

Nombre de paciente _____ Fecha de Nac. _____ Fecha _____

- 1) Doy mi autorización a ACCION y a sus representantes, para recibir y proporcionar información referente a:

___ Hoja de Resumen	___ Notas de Progreso	___ Ordenes del Doctor
___ Electrocardiograma	___ Resumen de Alta	___ Reporte del Laboratorio
___ Reporte del Hepatólogo	___ Reporte de Cirugía	___ Reporte del Radiólogo
___ Historia Clínica y Examen Físico		

Limitaciones sobre la información requerida esta sujeta a lo siguiente:

- 2) He leído ó ha sido leída esta autorización, la entiendo y estoy de acuerdo con su contenido.

Se me ha informado que en cualquier momento puedo revocar por escrito la validez de esta autorización.

(Firma de Paciente o Representate Legal)

(Fecha)

(Testigo)

(Fecha)