



# NORTH EAST MEDICAL SERVICES

東北醫療中心

1033 Clement St., San Francisco, CA 94118

Tel: (415) 391-9686 | Fax: (415) 352-5103

Medical Records Fax: (415) 933-6843

Email: eroi@nems.org

NEMS MRN: \_\_\_\_\_

NAME: \_\_\_\_\_

DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

## AUTHORIZATION TO DISCLOSE HEALTH INFORMATION AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Completion of this document authorizes the use or disclosure of health information about you.  
Al completar este documento usted autoriza el uso o divulgación de su información de salud.

**I AUTHORIZE | Yo autorizo**

**TO DISCLOSE TO | Para divulgar a**

\_\_\_\_\_  
Name of Disclosing Party | Nombre de la Parte Divulgadora

\_\_\_\_\_  
Name of Recipient | Nombre del destinatario

\_\_\_\_\_  
Address/Email Address/Fax Number  
Dirección/Dirección de correo electrónico/Número de fax

\_\_\_\_\_  
Address/Email Address/Fax Number  
Dirección/Dirección de correo electrónico/Número de fax

\_\_\_\_\_  
City | Ciudad      State | Estado      Zip Code | Código postal

\_\_\_\_\_  
City | Ciudad      State | Estado      Zip Code | Código postal

### SPECIFY THE HEALTH INFORMATION FOR DATES OF SERVICE

**Especificar la información de salud para las fechas de servicio:**

From | Desde: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Month | Mes      Day | Día      Year | Año

To | Hasta: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Month | Mes      Day | Día      Year | Año

**By checking the box(es) below, I specifically authorize release of the following:**

**Al marcar la(s) casilla(s) a continuación, autorizo específicamente la divulgación de lo siguiente:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Complete Medical Information</b><br>Información médica completa | <input type="checkbox"/> Radiology Reports (CT, MRI, X-Rays, etc.)<br>Informes radiológicos (TC, IRM, RX, etcétera) |
| <input type="checkbox"/> Immunizations<br>Vacunas   | <input type="checkbox"/> Office Visit Notes<br>Notas de visita médica   |
| <input type="checkbox"/> Other   Otro: _____  | <input type="checkbox"/> Lab/Pathology Reports<br>Informes de laboratorio/patología                                 |

**PROTECTED CLASSES OF INFORMATION** By checking the box(es) below, I specifically authorize release of the following:

**CLASES DE INFORMACIÓN PROTEGIDAS** Al marcar la(s) casilla(s) a continuación, autorizo específicamente la divulgación de lo siguiente:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Drug and Alcohol Abuse Diagnosis or Treatment Records<br>Registros de diagnóstico o tratamiento de abuso de drogas y alcohol | <input type="checkbox"/> HIV Test Results<br>Resultados de prueba VIH               |
| <input type="checkbox"/> Mental/Behavioral Health Diagnosis or Treatment Records<br>Registros de diagnóstico o tratamiento de salud mental/conductual | <input type="checkbox"/> Genetic Testing Results<br>Resultados de pruebas genéticas |
| <input type="checkbox"/> Gender Affirming, Abortion/Contraception Services<br>Servicios de Afirmación de Género, Aborto/Anticoncepción                | <input type="checkbox"/> Psychotherapy Notes<br>Notas de Psicoterapia               |

**REQUESTED FORMAT:** (Please select one) / **FORMATO SOLICITADO:** (Por favor, seleccione uno)

- Email (encrypted)       Email (unencrypted)\*\*       Patient Portal       Fax  
Email (cifrado)      Email (sin cifrar)\*\*      Portal del Paciente
- Sharing of PHI (to authorize exchange between the organizations/persons listed above.)  
Intercambio de Información de Salud Protegida (para autorizar el intercambio entre las organizaciones/  
personas mencionadas anteriormente).
- Paper:**       Paper: Pick-up      OR  
**Impreso:**      Impreso: Presencial      O
- Paper: Mail (\$0.25/page fees may apply)  
Impreso: Correo (se puede cobrar una tarifa de \$0.25 por página)

**\*\*Note:** Sending information over unencrypted email is not secure and increases risks that your information could be intercepted, viewed, copied, or shared by an unauthorized third party. By selecting the "Email (unencrypted)" option, I acknowledge that NEMS has warned me of the risks, and I still prefer and give permission to NEMS to send the requested records through unencrypted e-mail.\*\* If you are requesting information to be sent to yourself or to a third party under your right of access to your health information, you may choose unencrypted email. If this authorization request is from a third party, NEMS must send the information in a secure manner.

**\*\*Nota:** El envío de información a través de correo electrónico no cifrado no es seguro y aumenta los riesgos de que su información pueda ser interceptada, vista, copiada o compartida por un tercero no autorizado. Al seleccionar la opción "Correo electrónico (sin cifrar)", reconozco que NEMS me ha advertido de los riesgos, y aún prefiero y doy permiso a NEMS para enviar los registros solicitados a través de correo electrónico sin cifrar.\*\* Si solicita que se le envíe información a usted o a un tercero en virtud de su derecho de acceso a su información de salud, puede elegir correo electrónico sin cifrar. Si esta solicitud de autorización es de un tercero, NEMS debe enviar la información de manera segura.

**The release of the above-specified information is for the purpose of**

La divulgación de la información especificada anteriormente tiene como finalidad

- Patient/Legal Representative Request  
Solicitud del Paciente/Representante Legal
- Disability Eligibility       Continuity of Care  
Elegibilidad para discapacitados      Continuidad de atención
- Continuing Medical Care by NEMS Provider:  
Atención médica continua por parte del proveedor de NEMS: \_\_\_\_\_
- Other  
Otro \_\_\_\_\_

**DURATION:** This authorization will be effective on the date of my signature and will remain in effect for one (1) year from the date of signature unless a different date is specified here \_\_\_\_\_ .

**DURACIÓN:** Esta autorización entrará en vigor en la fecha de mi firma y permanecerá \_\_\_\_\_ (Date | Fecha)  
en vigor durante un (1) año a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique  
una fecha diferente a continuación

**REVOCACTION:** I understand that I may revoke this authorization at any time by writing to NEMS Member Services Department 1520 Stockton St., San Francisco, CA 94133. My revocation will be effective upon receipt but will not apply to any information that was disclosed based on this authorization before the revocation is received.

**REVOCACIÓN:** Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo al Departamento de Servicios para Miembros de NEMS 1520 Stockton St., San Francisco, CA 94133. Mi revocación entrará en vigor a partir de la recepción, pero no se aplicará a ninguna información que se haya divulgado sobre la base de esta autorización antes de que se reciba la revocación.

**REDISCLOSURE:** I understand that once my health information is disclosed, it may no longer be protected by the federal regulations governing the privacy and security of health information.

**REDIVULGACIÓN:** Entiendo que una vez que se divulgue mi información de salud, es posible que ya no esté protegida por las regulaciones federales que rigen la privacidad y seguridad de la información de salud.

**MY RIGHTS:** I understand that I may refuse to sign this authorization and NEMS may not condition my treatment, payment, enrollment in a health plan or eligibility for health care benefits on my decision to sign this authorization, except where disclosure is necessary for treatment or eligibility for health care benefits. I understand that I may request a copy of this authorization.

**MIS DERECHOS:** Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y NEMS no puede condicionar mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para los beneficios de atención médica sobre mi decisión de firmar esta autorización, excepto cuando la divulgación sea necesaria para el tratamiento o la elegibilidad para los beneficios de atención médica. Entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Legal Representative\*  
Firma del paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Date  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Name of Legal Representative  
Nombre del representante legal

\_\_\_\_\_  
Relationship of Legal Representative  
Relación del Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Signature of Witness (Required if patient is unable to sign)  
Firma del testigo (se requiere si el paciente no puede firmar)

\_\_\_\_\_  
Date  
Fecha

STAFF USE ONLY: (please initial if applicable)

Form Assisted by: \_\_\_\_\_ Faxed by: \_\_\_\_\_ Record Released by: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



North East Medical Services (NEMS) complies with applicable Federal civil rights laws and does not differentiate, exclude, or discriminate against any individual on the basis of race, color, creed, religion (e.g., religious dress and grooming practices), age (e.g., those over 40), sex/gender (e.g., sex characteristics, intersex traits, pregnancy, childbirth, breastfeeding and/or related medical conditions), gender identity, gender expression, sexual orientation, sex stereotypes, marital status, medical condition (e.g., genetic characteristics, cancer or a record or history of cancer), military or veteran status, national origin (e.g., limited English proficiency, language use and possession of a driver's license issued to persons unable to prove their presence in the United States is authorized under federal law), ancestry, disability (e.g., mental and physical, including HIV/AIDS, cancer, and genetic characteristics), genetic information, retaliation for reporting patient abuse in tax-supported institutions, enrollment in a Health Benefit Plan, state of health, need for health services, status as a litigant, status of a Medicare or Medicaid beneficiary, source of payment for care, or any other basis prohibited by law.

#### NEMS:

- Provides people with disabilities reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (e.g., large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need reasonable modifications, appropriate auxiliary aids and services, or language assistance services, contact NEMS Member Services Department at 415-391-9686 ext. 8160.

#### How to file a grievance with NEMS

If you believe that NEMS has failed to provide these services or discriminated in another way based on any of the characteristics listed above, you can file a grievance with NEMS Member Services. If you need help filing a grievance, NEMS Member Services Department is available to help you.

- **By phone:** Call 415-391-9686 ext. 8160
- **By mail:** Call us at 415-391-9686 ext. 8160 and ask to have a form sent to you.
- **In Person:** Visit the NEMS Member Services Department.

You may also contact the NEMS Civil Rights Coordinator

Attn: NEMS Section 1557 Coordinator  
North East Medical Services  
1520 Stockton Street  
San Francisco, CA 94133  
NEMSSection1557@nems.org

#### How to file a grievance with U.S. Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights

- **By phone:** Call 1-800-368-1019 (TTY 711 or 1-800-537-7697)
- **By mail:** Fill out a complaint form or send a letter to:  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
Complaint forms are available at:  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- **Online:** Visit the Office of Civil Rights Complaint Portal at:  
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

This notice is available at: [nems.org](http://nems.org)

**Spanish ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) o hable con su proveedor.

**Chinese 注意:** 如果您說中文，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) 或與您的提供者討論。

**Vietnamese LƯU Ý:** Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 415-391-9686 ext. 8160 (Người khuyết tật: 1-800-735-2929) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn."

**Korean 주의:** [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오."

**Persian توجه:** کمک رایگان خدمات، کنیومی صحبت فارسی زبان به اگر ارائه برای مناسب کمکی خدمات و ها کمک همچنین، شماست دسترس در زبانی با است دسترس در رایگان صورت به دسترس قابل های قالب در اطلاعات تماس (415-391-9686 داخلی 8160 (TTY: 1-800-735-2929) کنید صحبت خود دهنده ارائه یا بگیرد.

**Japanese 注:** 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929)までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

**Armenian ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ.** Եթե խոսում եք հայերեն, Դուք կարող եք օգտվել լեզվական աջակցության անվճար ծառայություններից: Մատչելի ձևաչափերով տեղեկատվություն տրամադրելու համապատասխան օժանդակ միջոցներն ու ծառայությունները Նույնպես տրամադրվում են անվճար: Չանգահարեք 415-391-9686 ext. 8160 հեռախոսահամարով (TTY` 1-800-735-2929) կամ խոսեք Ձեր մատակարարի հետ:

**Arabic تنبيه:** إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجاناً. اتصل على الرقم 415-391-9686 ext. 8160 (1-800-735-2929) أو تحدث إلى مقدم الخدمة."

**Thai หมายเหตุ:** หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ"

**Tagalog PAALALA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga librenang serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyong upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) o makipag-usap sa iyong provider.

**Punjabi ਧਿਆਨ ਦਿਓ:** ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।"

**Hindi ध्यान दें:** यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।"

**Hmong LUS CEEV TSHWJ XEEB:** Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkaug cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob."

**Khmer សូមកម្មវត្តមាន:** ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសាភាគតិចត្រូវមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយនិងសេវាកម្មដែលជាការជួយដល់សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។"

**Russian ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 415-391-9686 ext. 8160 (TTY: 1-800-735-2929) или обратитесь к своему поставщику услуг.