



**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION  
TO UNITY HEALTH ON MAIN**

Autorizacion Para enviar informacion medica a Unity Health on Main  
505 N main St. Greenville SC 29601 tel: 864-232-2734 Fax : 864-232-8126  
Please send the medical records to Unity Health On Main

Name of the institution (Nombre de la Institucion)			
Street Address (Direccion)	City(Ciudad)	State (Estado)	Zip (Codigo Postal)
Phone (Telefono)		Fax:	

**To release copies of my Medical records as indicated below:  
Enviar copia de los archivos medicos del paciente arriba mencionado.**

Patients's Full Name( Please Print)-Nombre		Birth Date MM/DD/YYYY(Fecha de nacimiento (mes/dia/año))	
Street Address (Direccion)	City(Ciudad)	State (Estado)	Zip (Codigo Postal)
Social Security No.(N.SeguroSocial)	Home Phone(Telefono de casa)	Cell Phone(Telefono del celular)	Work Phone(Telefono del Trabajo)

At the request of the individual , I \_\_\_\_\_ do hereby authorize:  
(a petition del paciente) Yo \_\_\_\_\_ (Print Name) (Nombre) legalmente Autorizo

All Dates Date From \_\_\_\_\_ Date To: \_\_\_\_\_  
Todos los archivos adjuntos Fecha Desde: mm/dd/yyyy Fecha Hasta: mm/dd/yyyy

Please check  de boxes of items you are requesting  
 Por favor marque la informacion que esta solicitando

I do  I do Not Authorize release of information related to AIDS( Acquired Immune Deficiency Syndrome) or HIV (Human immunodeficiency Virus)infection, Psychiatric Care and/or Psychological assessment and or Alcohol and Drug Abuse.

Yo autorizo  No autorizo enviar la informacion relacionada con el syndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA o VIH, Virus de inmunodeficiencia.

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ENTIRE MEDICAL RECORD<br>Historial Completo | <input type="checkbox"/> EMERGENCY REPORT<br>Reporte de Emergencia | <input type="checkbox"/> IMMUNIZATIONS<br>Vacunas | <input type="checkbox"/> LABORATORY REPORT<br>Reporte de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> HISTORY & PHYSICAL<br>Historia & fisico     | <input type="checkbox"/> RADIOLOGY REPORT<br>Reporte de Radiologia | <input type="checkbox"/> OTHER<br>Otro.           |  |

**PURPOSE OF DISCLOSURE -( Check  all the apply)  
Proposito de la solicitud**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Change of doctor – Leaving the Practice<br>Cambio de doctor | <input type="checkbox"/> Referral to Specialist<br>Referido a un especialista | <input type="checkbox"/> Personal                      |
| <input type="checkbox"/> Consulting Care   | <input type="checkbox"/> Insurance  | <input type="checkbox"/> Other ( Please Specify) _____ |

I hereby authorized disclosure of the health information for the above named patient. This authorization is valid for 12 months from the date of signature .I understand that I may cancel this request with written notification but that will not affect any information released prior to notification or cancellation. I understand that the information used or disclosed may be subject to redisclosure by the person or facility receiving it and would then no longer be protected by federal regulation . I understand that the medical provider to whom this furnished may not condition its treatment of me on whether or not I sign the authorization.

Please Note: There may be charges for a personal copy.

Yo autorizo enviar la informacion medica del paciente arriba mencionado , esta autorizacion es valida por 12 meses desde la fecha que fue firmada . Yo entiendo que puedo cancelar esta solicitud con una notificacion escrita , pero esto no afectara la informacion enviada inicialmente sea cancelada. Yo entiendo que la informacion usada o revelada puede ser objeto de una nueva divulgacion y podria estar protegida por las regulaciones federales por la persona que esta recibiendo . Yo entiendo que el proveedor medico a quien es dirigida podria no tener las condiciones para tratarme de todas formas yo firmo esta autorizacion .

Nota: Podria haber cargos por copias para archivos personales.

X \_\_\_\_\_  
Signature of individual or legal Guardian /Firma

\_\_\_\_\_ Date ( Fecha)