



COUNTY INDIGENT HEALTH CARE PROGRAM
CASE RECORD INFORMATION RELEASE
PROGRAMA DEL CONDADO DE ATENCIÓN MÉDICA AL INDIGENTE
REVELACIÓN DE INFORMACIÓN DE EXPEDIENTE DE CASO

Case Record Name/Nombre en el expediente de caso
Case Record Number/Número de expediente de caso

I do hereby authorize persons, organizations, or establishments having information or records concerning me/us (or) my/our circumstances, to furnish such information to a representative of the County Indigent Health Care Program.

Yo, por este medio, autorizo a las personas, organizaciones o establecimientos que tengan información o documentos sobre mí/nosotros o sobre mis/nuestras circunstancias para que den dicha información a un representante del Programa del Condado de Atención Médica al Indigente.

I hereby grant permission for the County Indigent Health Care Program to obtain information which may have a bearing on my/our eligibility for assistance.

Yo, por este medio, doy permiso al Programa del Condado de Atención Médica al Indigente para que obtenga la información que pudiera incidir en mi/nuestro derecho a recibir asistencia.

This release form is valid for six months after the date signed.

Este formulario de revelación es válido por seis meses a partir de la fecha en que se firma.

Person or Agency to Whom Information Will Be Released/Persona o agencia a quien se revelará la información

Specific Request (Specify in 1 and 2 below.)
Petición específica (especifique en 1 y 2 a continuación).

1. Information Requested/Información pedida:

2. Period Covered (Dates)/Periodo cubierto (fechas):

General Request (Any information available may be released.)
Petición general (puede revelarse toda la información disponible).

Signature- Applicant or Recipient/Firma – Solicitante o beneficiado

Date/Fecha

Signature – Spouse/ Firma - Cónyuge

Date/Fecha

Signature – Guardian, Power of Attorney, Parent of Minor Child/
Firma - Tutor, poder notarial o padre/madre del menor

Date/Fecha