



Authorization to Release Information

Case Name: _____

Case No. _____

Date: _____

Worker No. _____

Authorization for Release of Information to SFHSA

I, _____ residing at _____

do hereby authorize _____ to furnish
(name of individual, agency, or institution)

information to the San Francisco Human Services Agency for the following purposes:

This authorization was completed in its entirety and was read by (or to) me prior to signing.

Signature: _____ Date: _____

Authorization for Release of Information by SFHSA

I, _____ residing at _____

do hereby authorize the San Francisco Human Services Agency to furnish information to:

_____ including medical and social history, (name of
individual, agency, or institution) and the results of any tests or exams.

for the following purposes: _____

This authorization is valid for two (2) years or upon the written withdrawal of this consent. The information will be maintained in confidence and is for the sole use of the purpose stated above. This form was completed in its entirety and was read by (or to) me prior to signing.

Signature: _____ Date: _____

IDENTIFYING INFORMATION

Birth Date: _____ Birthplace: _____ Mother's Maiden Name: _____

Signature or Name of Spouse: _____ Date: _____

Birth Date of Spouse: _____ Birthplace of Spouse: _____

Spouse's Mother's Maiden Name: _____

Account Number: _____ Policy Number: _____

Other: _____



Authorization to Release Information

Case Name: _____

Case No. _____

Date: _____

Worker No. _____

Autorizacion para Divulgacion de Informacion al SFHSA

Yo, _____, con residencia en _____

por medio de la presente autorizo a _____
(Nombre de Agenci, Persona o Instituto)

para que prove informaci3n al Depto. de Servicios Sociales para el siguiente prop3sito:

Esta autorizaci3n fue completada enteramente y leída por mí, o se me ley3, antes de firmar.

Firma: _____ Fecha: _____

Autorizacion para Divulgacion de Informacion por SFHSA

Yo, _____, con residencia en _____

por medio de la presente autorizo al Depto. de Servicios Sociales dar informaci3n a

(Nombre de Persona, Agencia, o Instituto)

incluyendo historial m3dica y social y los resultados de cualesquier prueba o examen

para el siguiente prop3sito: _____

Esta autorizaci3n es v3lida por dos (2) ańos o hasta cuando se retire por escrito este consentimiento.

La informaci3n se mantendr3 en confianza y es dada solo para el prop3sito declarado arriba. Esta autorizaci3n fue completada enteramente y leída por mí, o se me ley3, antes de firmar.

Firma: _____ Fecha: _____

DATOS DE IDENTIDAD

Fecha de Nacimiento: _____ Lgr. de Nacimiento: _____

Nom de Soltera de la Madre: _____ Fecha: _____

Firma o Nom. del C3nyuge: _____ Fecha de Nac. Del C3nyuge: _____

Lugar de Nacimiento del C3nyuge: _____

Nom de Soltera de la Madre con C3nyuge: _____

Nro. de Cuenta: _____ Nro. de P3liza: _____

Otro: _____