NJ OCCMED
OCCUPATIONAL HEALTH CLINIC

1221N. Church Street, Suite #104
Moorestown, NJ 08057
Phone: (856) 924-9188
Fax: 856-735-9878
www.njoccmed.com

AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF MEDICAL INFORMATION
(AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA)

Patient name: _____
(Nombre del paciente)

Date of birth: _____
(Fecha de nacimiento)

I authorize NJOCCMED Occupational Health Clinic / Moorestown Primary Care to disclose the following information to:

(Autorizo a NJOCCMED Occupational Health Clinic / Moorestown Primary Care a divulgar la siguiente información a)

Recipient / organization: _____
(Destinatario / organización)

Address / fax: _____
(Dirección / fax)

Information authorized for disclosure
(Información autorizada para su divulgación)

☐ **Work-status note**
(Nota sobre el estado laboral)

☐ **Examination results specified below**
(Resultados de los exámenes especificados a continuación)

☐ **Treatment information specified below**
)Información sobre el tratamiento especificada a continuación)

☐ **Other**: _____
(Otros)

Purpose of disclosure: _____
(Finalidad de la divulgación)

This authorization does not authorize disclosure of records excluded by law or information requiring separate authorization. I understand that I may revoke this authorization in writing, subject to applicable legal exceptions.
Expiration date or event: _____

(Esta autorización no permite la divulgación de registros excluidos por ley ni de información que requiera una autorización por separado. Comprendo que puedo revocar esta autorización por escrito, sujeto a las excepciones legales aplicables. Fecha o evento de vencimiento)

Patient / authorized representative signature:
(Firma del paciente / representante autorizado)

Date: _____ Relationship, if applicable: _____
(fecha) (Relación, si procede)