

AUTHORIZATION TO USE AND DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION

Patient Name: _____ DOB: _____ Medical Record # _____

Address: _____ City _____ State _____

Telephone # _____ E-mail Address and/or Fax # _____

I, _____, authorize _____
(Patient or Legal Representative) (Name of physician / health care provider releasing records)

to disclose to:

Name: _____ Phone: _____

Address: _____

Date(s) of Service: _____

Only the following specific information (check all that apply):

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abstract | <input type="checkbox"/> Operative Reports | <input type="checkbox"/> EKG/EEG Reports |
| <input type="checkbox"/> History and Physical | <input type="checkbox"/> Radiology Reports | <input type="checkbox"/> Cardiac Testing (Holter, Echo, Stress, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Discharge Summary | <input type="checkbox"/> Laboratory Reports | <input type="checkbox"/> Behavioral Health/Psychiatric Care |
| <input type="checkbox"/> Consultations | <input type="checkbox"/> Pathology Reports | <input type="checkbox"/> Immunization Records |
| <input type="checkbox"/> Progress Notes | <input type="checkbox"/> Clinic Records | <input type="checkbox"/> Billing Records |
| <input type="checkbox"/> ER Record | <input type="checkbox"/> Therapy Notes/Reports | <input type="checkbox"/> Other _____ |

Or:

Entire Medical Record for specified date(s) of service: From: _____ To: _____
("Present" equals date of signature)

Or:

Entire Medical Record

Information to be released by: Paper Pick Up at Facility Electronic

I understand that information disclosed pursuant to this authorization may include information relating to the following, **unless specifically restricted below:**

- Psychological / psychiatric conditions
- Drug and/or alcohol abuse diagnosis and/or treatment
- HIV/AIDS diagnosis and/or testing
- Sexually transmitted disease(s) diagnosis and/or testing
- Genetic testing

List any restrictions: _____

The purpose of the disclosure is: _____

Redisclosure of Information: I understand that once information is disclosed pursuant to this authorization that the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), 45 C.F.R. Parts 160 and 164, protecting health information may not apply to the recipient of the information and, therefore, may not prohibit the recipient from re-disclosing it. Other laws, however, may prohibit redisclosure.

Right to Refuse to Sign this Authorization: I understand that generally the person(s) and/or organization(s) listed above who I am authorizing to use and/or disclose my information may not condition my treatment, payment, or eligibility for health care benefits on my decision to sign this authorization.

Right to Revoke: I understand that I may revoke this authorization in writing at any time except to the extent that action has been taken in reliance on it, or unless this authorization is given as a condition of obtaining health insurance coverage and the insurer has a legal right to contest the policy or a claim under the policy. To revoke this authorization, I will provide the Privacy Officer at the above listed physician/health care provider's office with a written revocation.

Right to Inspect: I understand that I have the right to inspect the health information I have authorized to be used or disclosed by this authorization form.

Right to Receive a Copy of Authorization: I understand that if I agree to sign this authorization, I must be provided with a signed copy of this form if I so request.

Expiration Date: This authorization is in effect until _____ (I understand that unless I provide a written revocation at an earlier date, this authorization will expire in one year.)

Signature of Patient or Legal Representative(s): _____ **Date:** ____ / ____ / ____

Printed Name(s): _____ Relationship to Patient : _____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:	Número de seguridad social <i>(opcional)</i>
Nombre del Solicitante:		(Sólo el paciente puede rellenar este cuadro): ¿Puede cualquier otra persona, que no sea el paciente, tener acceso a la información de salud del paciente de arriba? () Sí () No Si contestó sí, indique a quienes por nombre y relación <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> _____ Nombre _____ Relación </div>	
Nombre de la empresa del Solicitante <i>(si es aplicable)</i>			
Dirección del Solicitante:		Ciudad:	
Estado:	Código postal:	Teléfono de casa del Solicitante:	Teléfono del trabajo del Solicitante:
Esta autorización se vencerá en 180 días después de la fecha de su firma a menos que se aparezca aquí especificada con una fecha o evento más corto. Fecha: _____ Evento: _____			
Propósito de la divulgación <i>(¿Por qué se necesitan registros):</i>			
¿Es esta solicitud para las notas de psicoterapia? () Sí () No Si contestó Sí, la solicitud debe presentarse separada para obtener las otras partes de su expediente médico			
Por favor describa qué parte de los expedientes médicos que necesita y la fecha (s) de servicio al paciente fue visto en PPGH. Por favor marque una o más opciones que correspondan:			
<u>Fechas de Servicio</u>		<u>Fechas de Servicio</u>	
() Registro completo _____	() Registro de la sala de emergencia _____	() Reportes de radiología _____	() Reportes de patología _____
() Historia y Física _____	() Reportes de laboratorio _____	() Notas de enfermeras _____	() Consultación _____
() Registro de descarga _____	() Reportes de medicación _____	() Ordenes del medico _____	() Notas de progreso _____
() Otros <i>(por favor indique lo que se necesita y las fechas de los servicios)</i> _____			
Reconozco, y por este medio consentimiento a que la información entregada podría contener alcohol, abuso de drogas, pruebas psiquiátricas, pruebas de VIH, los resultados del VIH o de información sobre el SIDA _____ (Inicial). Si no es aplicable, marque aquí ()			
¿Es esta autorización es para la divulgación de la información genética? () Sí () No Si contestó Sí, por favor describa:			
Entiendo que: A. Renuncio a todas las disposiciones de las leyes estatales y federales relacionadas con la confidencialidad y el carácter privilegiado de la información y la liberación de Palo Pinto General Hospital de la responsabilidad que pueda resultar de la liberación de la información anterior. B. Si se imponen limitaciones en la divulgación de la información, el seguro puede negarse a cubrir los cargos asociados. El paciente va a asumir la obligación financiera de esos cargos. C. Puedo ver y obtener una copia de esta información descrita en esta forma, por un precio de copia razonable, si se lo pido. D. Puedo recibir una copia de esta forma después de firmarlo, si se lo pido			
MÁRKETING: ¿Es esta solicitud de PHI para propósitos de marketing? () Sí () No Si contestó Sí, el proveedor de atención médica o plan de salud debe completar esta parte. Será el destinatario que recibirá una compensación económica o en especie a cambio de usar la revelación de esta información? () Sí () No Si contestó Sí, por favor describa:			
He leído y entendido lo anterior y autorizo la divulgación de la información de salud protegida como se indica: () Sí () No			
Firma del Paciente/ Representante del Paciente		Fecha:	
Nombre del Paciente en molde / Nombre del representante de pacientes		Relación al paciente:	
Firma del testigo:		Fecha:	