



Authorization to Release Protected Health Information

(PLEASE PRINT)

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

Address: _____ City, State, Zip: _____

Phone: _____

I request my protected health information FROM: _____

Address: _____ **City, State, Zip:** _____

Phone Number: _____ **Fax Number:** _____

I request my health information be disclosed TO:

Facility-Clinician-Person: _____

Address: _____ City, State, Zip: _____

Phone Number: _____ Fax Number: _____

Email address: _____ (**The risk associated with releasing protected health information via unsecure email has been explained to me. I understand those risks and select to proceed with release of my protected health information from, or to, BMRHC) _____ Patient Initials (Required)

I authorize the following protected health information to be released from my medical record(s):

- Date(s) of Service: ____/____/____ through ____/____/____
- Office Note Test Results (Lab, X-Ray, Pathology) Billing Records
- Other (Immunization Records, Medication Lists) Please specify: _____

I understand that the information in my medical record may include information relating to sexually transmitted disease (STD), Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), or Human Immunodeficiency Virus (HIV). It may also include information about behavioral or mental health services, and alcohol or drug abuse. Federal law protects the following information. **If this information applies to you, please indicate if you would like this information released/obtained** (include dates where appropriate):

Alcohol, Drug or Substance Abuse Records Yes No Dates: _____

HIV Testing and Results Yes No Dates: _____

Mental Health Yes No Dates: _____

Purpose for requesting information:

- Personal Use Continued Care Legal Purposes Insurance Purposes Other _____

By signing this authorization form, I understand that:

- I have a right to withdraw this authorization at any time. Requests to withdraw must be made in writing and presented to Practice. I understand that stopping this release will not apply to information that has already been released.
- This authorization will expire _____ (insert date or event). If I fail to specify an expiration date or event, this authorization will expire 90 days from the date it was signed.
- Treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits may not be conditioned on whether I sign this authorization.
- Once the above information is disclosed, it may be re-disclosed by the recipient and the information may not be protected by the federal privacy laws or regulations.
- I may refuse to sign this authorization and that my refusal to sign will not affect my ability to obtain treatment or payment or my eligibility for benefits. I may inspect or obtain a copy of any information used or disclosed under this authorization.
- Requests for copies of medical records are subject to reproduction fees in accordance with federal/state regulations.

ACKNOWLEDGEMENT

Patient **OR** parent, guardian, authorized representative signature

Date

FOR OFFICE USE ONLY: Verified ID (ex. copy of driver's license, check signature, etc.)

Picked Up (who) _____ Mailed Faxed Other _____

Office Personnel: _____ Date: _____

Autorización para divulgar información médica protegida

(POR FAVOR IMPRIMIR)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: _____ **Solicito que mi información de salud protegida**

de: _____ (Práctica) sea divulgada a:

Centro-Médico-Persona: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Dirección de correo electrónico: _____ (**Me han explicado el riesgo asociado con la divulgación de información médica protegida a través de correo electrónico no seguro. Entiendo esos riesgos y selecciono proceder con la divulgación de mi información médica protegida desde o hacia BMRHC) _____ Iniciales del paciente (Requerido)

Autorizo que la siguiente información de salud protegida sea divulgada de mi(s) expediente(s) médico(s):

Fecha(s) de Servicio: ____/____/____ a través de ____/____/____

Nota de oficina Resultados de pruebas (laboratorio, rayos X, patología) Registros de facturación

Otro (Registros de vacunación, Listas de medicamentos) Por favor especifique: _____

Entiendo que la información en mi expediente médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual (ETS), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o conductual y abuso de alcohol o drogas. La ley federal protege la siguiente información. **Si esta información se aplica a usted, indique si desea que se divulgue/obtenga esta información.** (incluya fechas cuando corresponda):

Registros de abuso de alcohol, drogas o sustancias Sí Sin fechas: _____

Pruebas y resultados del VIH Sí Sin fechas: _____

Salud mental Sí Sin fechas: _____

Finalidad de la solicitud de información:

Uso personal Atención continua Fines Legales Propósitos del seguro Otro _____

Al firmar este formulario de autorización, entiendo que:

1. tengo underecho a retirarse esta autorización en cualquier momento. Las solicitudes de retiro deben realizarse por escrito y presentarse a la práctica. Entiendo que detener esta divulgación no se aplicará a la información que ya se ha divulgado.
2. Esta autorización expirar _____ (insertar fecha o evento). Si no especifico una fecha de vencimiento o un evento, esta autorización vencerá a los 90 días a partir de la fecha en que se firmó.
3. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios no pueden estar condicionados a si firmo esta autorización.
4. Una vez que se divulgue la información anterior, puede servuelto a revelar por el destinatario y la información puede no estar protegida por las leyes o regulaciones federales de privacidad.
5. Puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o pago o mi elegibilidad para recibir beneficios. Puedo inspeccionar u obtener una copia de cualquier información utilizada o divulgada bajo esta autorización.
6. Las solicitudes de copias de registros médicos están sujetas a tarifas de reproducción de acuerdo con las regulaciones federales/estatales.

RECONOCIMIENTO

Paciente Firma del padre, tutor, representante autorizado

Fecha

SÓLO PARA USO DE OFICINA: Identificación verificada (por ejemplo, copia de la licencia de conducir, firma del cheque, etc.)

Recogido (quién) _____ Enviado por correo Por fax Otro _____

Personal de oficina: _____ Fecha: _____