



HEART CITY HEALTH - HIM DEPARTMENT
 236 Simpson Ave, Elkhart, Indiana 46516
 Phone: 574-293-0052 Fax: 574-293-7635

Authorization for the Release of Medical, Behavioral Health and Dental Information

Name: _____ **Date of Birth:** _____
 (first name) (last name)

Address: _____ **Phone:** _____

The following information as indicated:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Demographics | <input type="checkbox"/> Consults / Progress/ Diagnosis Notes | <input type="checkbox"/> Screening Tools |
| <input type="checkbox"/> Immunizations | <input type="checkbox"/> Admission / Discharge Summary | <input type="checkbox"/> HIV / STD |
| <input type="checkbox"/> Medication List | <input type="checkbox"/> Laboratory Results | <input type="checkbox"/> Mental Status / Psych Evaluations |
| <input type="checkbox"/> History and Physical | <input type="checkbox"/> Imaging (X-Rays, MRI, CT Scans) | <input type="checkbox"/> Alcohol and Drug Usage |
| | | <input type="checkbox"/> Other _____ |

Heart City Health release to receive from:

To: Agency / Facility / Person / School _____
 Address / City / State / Zip _____
 Phone # / Fax # _____

Please release records in the form chosen: Electronic Copy Paper Copy

For the purpose of: Continuity of Care Legal Other (specify) _____

The medical record contains confidential remarks furnished by the patients, the patient's family, the physician, and the staff as well as all test results which may include HIV, RPR, and communicable diseases. In addition, federal regulation 42 CFR, Part 2 prohibits further disclosure of information relating to alcohol and or drug usage without the consent of the person to whom the information relates. According to the Health Insurance Portability Act of 1996. Protected health information cannot be disclosed without the patients written consent unless otherwise provided for in the regulations.

After giving due consideration to the above statement, I, _____, do hereby authorize Heart City Health to release to, disclose information related to substance abuse treatment, behavioral health program and treatment. (42CFR - 2.31 Part 2)

This release is valid for a period not to exceed one (1) year from the date of issuance. The consent is subject to revocation at any time except to the time the program has already acted on it.

Expiration Date _____ (if not previously revoked)

By providing the Authorization, I understand as follows:

- 1 that the authorization is voluntary. I may refuse to sign this authorization and my treatment and / or payment obligations will not be affected. Refusal to sign, however, may complicate communications with other healthcare providers or referral;
- 2 that the health information to be released may be subject to re-disclosure by the recipient of the health information and no longer protected by federal privacy rules; that I may revoke the Authorization at any time by notifying Heart City Health orally or in writing through the HCH records designee, but if I do, it will not have any effect on uses or disclosures prior to the receipt of the revocation;
- 3 that I understand the specific type of information that has been requested and, if known, the benefits and disadvantages of releasing the information and that I have been a copy of the signed form. (45 CFR 164.508)

 (Print) Patient / Guardian Name

 Date

 (Signature) Patient / Guardian Name

 Date

I attest to the identity of the above signature(s):

 (Print) Witness Name Date

If this authorization was obtained through interpretation of translation for the deaf or limited English proficiency, please describe:

- Sign Language; Language Interpretation; Writing ; Other



HEART CITY HEALTH CENTER - HIM DEPARTMENT

236 Simpson Ave, Elkhart, Indiana 46516

Teléfono: 574-293-0052 Fax: 574-293-7635

Autorización para la Divulgación de Información Médica, Salud Mental y Dental

Nombre: _____
(nombre) (apellido)

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

La siguiente información como se indica:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Demografía | <input type="checkbox"/> Consultas / Progreso / Notas de diagnóstico | <input type="checkbox"/> Evaluaciones Psicológicas |
| <input type="checkbox"/> Vacunas | <input type="checkbox"/> Resumen de Admisión / Alta | <input type="checkbox"/> VIH / ETS |
| <input type="checkbox"/> Lista de Medicamentos | <input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio | <input type="checkbox"/> Estado Mental |
| <input type="checkbox"/> Historial y Exámenes Físicos | <input type="checkbox"/> Radiología | <input type="checkbox"/> Uso de Alcohol y Drogas |
| | | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Heart City Health enviar a recibir de:

Para: Agencia / Persona / Escuela _____

Dirección / Ciudad / Estado / Código Postal _____

Número de Teléfono / Fax _____

Por favor, libere los registros en la siguiente forma: Copia Electrónica Copia en Papel

Con el propósito de: Continuidad de Atención Legal Otro (especificar) _____

El registro médico contiene notas confidenciales proporcionados por el paciente, la familia del paciente, el médico y el personal, así como todos los resultados de las pruebas que pueden incluir VIH, RPR y enfermedades contagiosas. Además, la regulación federal 42 CFR, Parte 2, prohíbe la divulgación adicional de información relacionada con el consumo de alcohol y drogas sin el consentimiento de la persona a quien se refiere la información. De acuerdo con la Ley de Portabilidad del Seguro de Salud de 1996. La información médica protegida no se puede divulgar sin el consentimiento por escrito de los pacientes a menos que se disponga lo contrario en las regulaciones.

Después de dar la debida consideración a la declaración anterior, yo, _____

por la presente, autorizo a Heart City Health, divulgar información relacionada con el tratamiento de abuso de sustancias, y tratamiento de salud mental. (42CFR - 2.31 Parte 2)

Esta autorización es válida por un período que no exceda (1) año a partir de la fecha de emisión. El consentimiento está sujeto a revocación en cualquier momento excepto que el programa ya haya actuado sobre él.

Fecha de Expiración _____ (si no ha sido revocada previamente)

Al proporcionar la Autorización, entiendo lo siguiente:

- 1 Que la autorización es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización y mis obligaciones de tratamiento y / o pago no se verán afectadas. Sin embargo, negarme a firmar puede complicar la comunicación con otros proveedores de atención médica;
- 2 Que la información de salud que se divulgará puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario de la información de salud y no estará protegida por las normas federales de privacidad; que puedo revocar la Autorización en cualquier momento mediante una notificación verbal o por escrito a Heart City Health a través de los registros designados de HCH, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto en los usos o divulgaciones antes de recibir la revocación;
- 3 Que entiendo el tipo específico de información que se ha solicitado y, si se conocen, los beneficios y desventajas de divulgar la información y que se me ha entregado una copia firmada de la autorización. (45 CFR 164.508)

(Letra de Imprenta) Nombre del Paciente / Guardián

Fecha

(Firma) Paciente / Guardián

Fecha

Soy testigo de la identidad de la(s) firma(s) anterior(es):

(Letra de Imprenta) Nombre del Testigo

Fecha

Si esta autorización se obtuvo a través de la interpretación o traducción para personas sordas o con inglés limitado, por favor describa:

- Lenguaje de Señas; Interpretación; Escrito; Otro