

**AUTHORIZATION FOR THE USE OR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION
AUTORIZACIÓN DEL USO O ENVÍO DE INFORMACIÓN MEDICA**

PATIENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Name/Nombre _____	Telephone/Teléfono (____) _____	Maiden Name/Nombre Materno _____
Address/Dirección _____		Birth Date/Fecha de Nacimiento _____
City/Ciudad _____	State/Estado _____	Zip/Código Postal _____

I hereby authorize/Yo doy autorización a:

Heart City Health Center, Inc.	Erin Farrell, MD	Meenakshi Gupta, MD	Dwayne Johnson, MD	Angela Panford, NP
236 Simpson Avenue	Shanna Kautzmann, MD	Mary McManmon, MD	Essam Montasir, MD	Lorraine Swartzentruber, NP
Elkhart, IN 46516	Christine Dankwa, MD	Martina McGowan, MD	Scott Bethel, NP	Jo Swart, NP
				Nicole Hartman, LCSW

Simpson Phone: (574) 293-0052 Fax: (574) 293-7635

Scenic Phone: (574) 350-2500 Fax: (574) 350-2499

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> To release my Protected Health Information to/de enviar mi información medica a | <input type="checkbox"/> Electronic Copy/Copia Electrónica |
| <input type="checkbox"/> To receive my Protected Health Information from/de recibir mi información medica de | <input type="checkbox"/> Paper Copy/Copia en Papel |

Name/Nombre _____	Phone/Teléfono _____
Address/Dirección _____	Fax _____
City/Ciudad _____	State/Estado _____
	Zip/Código Postal _____

This authorization shall remain valid for sixty (60) days from the date of signature. This authorization will expire on (specific event /date). _____ I understand that I have the right to revoke this Authorization if the revocation is in writing, except if:

- * Heart City Health Center, Inc. has already acted on this Authorization;
- * Or, if this Authorization was given as a condition of obtaining insurance coverage, other law provides that the insurance company has the right to contest a claim under the insurance policy.

I understand that I may revoke this Authorization by submitting my request in writing to the Health Information Management (Medical Records) Department at the above address. I understand that the medical information release may contain information concerning the treatment of physical or emotional illness, drug and/or alcohol abuse, mental health, communicable disease, HIV, AIDS, related illness.

I understand that my health information that is used or disclosed under this Authorization may be subject to re-disclosure by the recipient, and the privacy of my information will no longer be protected by the Federal Privacy Regulations.

I understand that I may refuse to sign this Authorization and that my refusal to sign will not affect my ability to obtain treatment or payment.

By signing this Authorization, I acknowledge that I have read and understand this Authorization. Further, I authorize the use or disclosure of my Protected Health Information in accordance with the terms of this Authorization.

I understand that the charge for copying medical records is \$10 for the first ten (10) pages. 50 cents a page for pages 11-50 and 25 cents a page for pages 51 and higher. These charges do not apply to copies being requested for further medical care and referrals.

There may be a additional charge fo mailing records

Esta autorización será valida por 60 días a partir de la fecha en que la he firmado. Esta autorización se vencerá _____.

Yo entiendo que puedo cancelar esta autorización escribiendo una carta al departamento de expedientes médicos localizado en la dirección mencionada en la parte de arriba, al menos que:

- * Heart City Health Center, Inc. ya haya procesado la autorización.
- * O, si la autorización fue para recibir cobertura medica, la ley le da derechos a la compañía de seguros de cancelar la autorización.

Yo entiendo que mi información medica puede contener información sobre el tratamiento de enfermedades físicas y psicológicas, mi salud mental, enfermedades contagiosas, abuso de alcohol o drogas, VIH/SIDA, y/o otras enfermedades.

Yo entiendo que el uso de mi información medica bajo esta autorización ya no serán protegidas bajo los reglamentos de privacidad federal.

Yo entiendo que tengo la opción de negar firmar la autorización y eso no afectara mi habilidad de recibir tratamiento o pago.

Al firmar la autorización yo afirmo que he leído y entendido la autorización.

Yo entiendo que el cobro por las copias de los expedientes es \$10 por las primeras diez (10) hojas. \$.50 centavos por cada copia de 11-50 hojas y \$.25 centavos por mas de 51 hojas. Estos cobros no se aplican cuando se necesitan los expedientes para continuar su cuidado medico.

Puede haber un cobro adicional por mandar expedientes por correo.

INFORMATION TO BE RELEASED / INFORMACIÓN QUE SERA ENVIADA

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Partial Chart/Expediente Parcial | <input type="checkbox"/> History & Physical/Historia y físico | <input type="checkbox"/> Immunizations/Vacunas |
| <input type="checkbox"/> Entire Chart/Expediente Completo | <input type="checkbox"/> Consultant Report(s)/Reportes de Consultas | <input type="checkbox"/> Other/Adicionales |
| <input type="checkbox"/> Face Sheet/Información Demográfica | <input type="checkbox"/> Emergency Room Reports/Reportes de Emergencias | |
| <input type="checkbox"/> Discharge Summary/Informe de alta medica | <input type="checkbox"/> Radiology and Laboratory Results/Resultados de Laboratorio y Radiología | |

REASON FOR DISCLOSURE / RAZON DE ENVÍO

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Personal Use/Usó Personal | <input type="checkbox"/> Continuing Patient Care/Continuar Cuidado Medico | <input type="checkbox"/> Insurance/Seguro |
| <input type="checkbox"/> Attorney/Abogado | <input type="checkbox"/> Other/Otro | |

Delivery Method/Forma de Envío: Mail/Correo Fax

Patient/Authorized Legal Representative will pick up when ready/Paciente/Representante Legal vendrá cuando estén listos

SIGNATURE / FIRMA

Signature of Patient/Firma del Paciente _____ Date/Fecha _____

Printed/Letra de Imprenta _____ Witness/Testigo _____

Signature of Parent (if patient is under 18) or Authorized Legal Representative
Firma del Padre (si el paciente es menor de 18) or Representante Legal _____

Description of Authorized Representative
Descripción del Representante _____ Date/Fecha _____