

Erlanger Health System
Authorization for Release of Medical Information

MR# _____
Acct # _____

Patient/Resident Information: I give permission to release the health information of: _____ (one patient/resident per form)

Patient/Resident Name: _____ Date of Birth: _____
Street Address: _____ Last 4 numbers of SSN: _____
City, State, Zip _____ Telephone: () _____
Email Address: _____

Release Information From: _____ (List Applicable Facility (s) and/or Practice) _____ _____ (phone number) (fax number)	Release Information To: _____ myself _____ (Name of facility, person, Company) (Relationship) _____ (Street Address or PO Box, City, State, Zip Code) _____ (phone number) (fax number)
--	--

PURPOSE OF RELEASE (check reason): Request of individual/personal Continued patient care Insurance
 Legal purpose including discussions & proceedings Other _____

Fill in dates of treatment for records to be released:
Treatment Dates: From: _____ **To:** _____

Hospital Summary: May include history & physical, discharge summary, operative notes, consults, diagnostic test results, medication list, allergies.
Office/Clinic Summary: May include most recent office visits, physical exam, consults, diagnostic tests results.

Hospital (check all that may apply):

<input type="checkbox"/> Hospital Summary	<input type="checkbox"/> Radiology/X-ray Reports	FORMAT: (check all that may apply)
<input type="checkbox"/> Discharge Summary	<input type="checkbox"/> Pathology Reports	
<input type="checkbox"/> History & Physical	<input type="checkbox"/> Emergency Room Record	<input type="checkbox"/> CD (charges may apply)
<input type="checkbox"/> Consultation Reports	<input type="checkbox"/> EKG	<input type="checkbox"/> Secure - Email (E-Mail Address noted above)
<input type="checkbox"/> Operative Reports	<input type="checkbox"/> Stress Test	<input type="checkbox"/> Paper copy (charges may apply)
<input type="checkbox"/> Laboratory Reports	<input type="checkbox"/> Images	<input type="checkbox"/> Other _____
<input type="checkbox"/> Billing Records	<input type="checkbox"/> Other _____	DELIVERY METHOD:
<input type="checkbox"/> Entire Record (not including psychotherapy notes)		

Reg. US Mail Pick-up Fax, where permitted
 Overnight/Express Mail Service, charges may apply
 Paper copy (charges may apply)
 Other _____

PATIENT/RESIDENT RIGHTS – I understand that:

- I can cancel this permission at any time. I must cancel in writing and send or deliver cancellation to releasing facility or practice named above. Any cancellation will apply only to information not yet released by facility or practice.
- This is a full release including information related to behavioral/mental health, drug and alcohol abuse treatment (in compliance with 42 CFR Part 2, genetic information, HIV/AIDS, and other sexually transmitted diseases).
- Once my health information is released, the recipient may disclose or share my information with others and my information may no longer be protected by federal and state privacy protections.
- Refusing to sign this form will not prevent my ability to get treatment, payment, enrollment in health plan, or eligibility for benefits.
- EHS will not share or use my health information without my permission other than by ways listed in EHS's Notice Of Privacy Practices or as required by law. **The Notice of Privacy Practices is available at www.erlanger.org.**
- A fee may be charged for providing the protected health information.
- I have a right to receive a copy of this form upon request.

This permission expires one year after the date of my signature unless an earlier date or event is written here: _____

Signature: _____ Print Name: _____ Date: _____

Note: if the patient/resident lacks legal capacity or is unable to sign, an authorized personal representative may sign this form. Note the relationship/authority if signature is not that of the patient. Written proof may be requested.

Healthcare Agent/POA Guardian Executor/Administrator/Attorney in Fact Spouse
 Parent Adult Child Affidavit Next of Kin Other: _____

Note: if minor consented for their outpatient treatment for pregnancy, sexually transmitted disease or behavioral/mental health without parental consent, the minor must sign this authorization. When the patient is a minor being treated for substance abuse, the minor must sign this authorization, regardless of who consented for treatment.

Signature of Minor: _____ Print Name: _____ Date: _____

Authorization to Release Medical Information

PATIENT IDENTIFICATION



Información del paciente/residente: Otorgo permiso para divulgar la información médica de: (un paciente/residente por formulario)

Nombre del paciente/residente: _____	Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____	Últimos 4 números del número de seguro social: _____
Ciudad, estado, código postal _____	Teléfono: () _____
Dirección de correo electrónico: _____	

Divulgar información desde: _____ (Enumerar el/los centro(s) o el consultorio que correspondan) _____ (Número de teléfono) (Número de fax)	Divulgar información para: _____ mi _____ (Nombre del centro, persona, compañía) (Relación) _____ (Dirección o casilla de correo, ciudad, estado, código postal) _____ (Número de teléfono) (Número de fax)
---	--

FINALIDAD DE LA DIVULGACIÓN (marcar el motivo): Solicitud personal Continuación de la atención del paciente Seguro
 Propósito legal, incluidos debates y procedimientos Otro _____

Complete las fechas de tratamiento para la divulgación de los registros:
Fechas de tratamiento: Desde: _____ **Hasta:** _____

Resumen del hospital: puede incluir antecedentes y examen físico, resumen del alta hospitalaria, informe operatorio, consultas, resultados de pruebas diagnósticas, lista de medicamentos y alergias. Resumen del consultorio/de la clínica: puede incluir visitas más recientes al consultorio, examen físico, consultas y resultados de pruebas diagnósticas.

Hospital (marque todo lo que corresponda):

<input type="checkbox"/> Resumen del hospital	<input type="checkbox"/> Informes de radiología/radiografías
<input type="checkbox"/> Resumen del alta hospitalaria	<input type="checkbox"/> Informes de patología
<input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico	<input type="checkbox"/> Registro de la sala de emergencias
<input type="checkbox"/> Informes de consulta	<input type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio	<input type="checkbox"/> Prueba de esfuerzo
<input type="checkbox"/> Registros de facturación	<input type="checkbox"/> Imágenes
	<input type="checkbox"/> Otro _____

FORMATO: (marque todas las opciones que correspondan)

CD (se pueden aplicar cargos)
 Seguro correo electrónico (dirección de correo electrónico indicada anteriormente)
 Copia impresa (se pueden aplicar cargos)
 Otro _____

Registro completo (sin incluir informes de psicoterapia)

MÉTODO DE ENTREGA:
 Correo reg. de los EE. UU. Recogida Fax, cuando esté permitido
 Servicio de correo nocturno/urgente; se pueden aplicar cargos
 Copia impresa (se pueden aplicar cargos)
 Otro _____

DERECHOS DEL PACIENTE/RESIDENTE – Comprendo lo siguiente:

- Puedo cancelar este permiso en cualquier momento. Debo cancelarlo por escrito y enviar o entregar la cancelación al centro o al consultorio que realiza la divulgación indicado anteriormente. Toda cancelación se aplicará únicamente a la información que aún no haya sido divulgada por el centro o el consultorio.
- Se trata de una divulgación completa, en la que se incluyen información relacionada con la salud mental/conductual, el tratamiento del abuso de drogas y de alcohol (en cumplimiento con la Parte 2 del Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales), información genética, VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual.
- Una vez que se divulgue mi información médica, el destinatario podrá divulgar o compartir mi información con otras personas o entidades, y es posible que mi información ya no esté protegida por las protecciones de la privacidad federales y estatales.
- Negarse a firmar este formulario no impedirá mi capacidad para recibir tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o para ser elegible para recibir beneficios.
- Erlanger Health System (EHS) no compartirá ni utilizará mi información médica sin mi permiso, salvo en las formas enumeradas en el aviso de prácticas de privacidad de EHS, o según lo exija la ley. **El aviso de prácticas de privacidad está disponible en www.erlanger.org.**
- Puede cobrarse una tarifa por proporcionar la información médica protegida.
- Tengo derecho a recibir una copia de este formulario si lo solicito.

Este permiso caduca un año después de la fecha de mi firma, a menos que aquí se escriba un evento o fecha anterior: _____

Firma: _____ Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Nota: Si el paciente/residente carece de capacidad legal o no puede firmar, un representante personal autorizado puede firmar este formulario. Anote la relación/autoridad si la firma no es la del paciente. Se puede solicitar una prueba por escrito.

Representante en cuestiones de atención de la salud/poder notarial Tutor Ejecutor/administrador/apoderado Cónyuge
 Padre/madre Hijo adulto Declaración jurada de un pariente Otro: _____

Nota: Si una persona menor ha dado su consentimiento para su tratamiento ambulatorio para el embarazo, enfermedad de transmisión sexual o salud conductual/mental sin el consentimiento de sus padres, la persona menor debe firmar esta autorización. Si el paciente es un menor tratado por abuso de sustancias, el menor debe firmar esta autorización, independientemente de quién haya otorgado su consentimiento para el tratamiento.

Firma: _____ Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Solo para uso de EHS
Autorización otorgada al paciente/Fecha de la divulgación _____ por Correo Fax Otro _____ Identificación verificada Lic. cond./otra identificación _____

Nombre y cargo del empleado de EHS _____ Firma del empleado de EHS _____ Fecha _____ rev. 9/22
Divulgación inicial del empleado (si es diferente) _____ Identificación del destinatario verificada (si corresponde) Identificación verificada Lic. cond./otra identificación _____

Autorización para divulgar información médica



PATIENT IDENTIFICATION

