

Erlanger Health System

Health Information Management
975 East Third Street
Chattanooga, TN 37403
(423) 778-4185

Patient's Name _____

Patient's Address _____

City, State, Zip _____ Date of Birth _____

Telephone No. _____ Medical Record # _____ #SS _____

Release of Information from Erlanger*

I authorize Erlanger Health System to release an electronic copy of my medical record to _____
Email Address _____

I authorize Erlanger Health System to release copies of my record as listed below. The information should be sent to:

Name of Physician, Institution, Self, etc.

Address

City, State, Zip

Telephone Number

Fax Number

*Please note that information disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer protected by Erlanger Health System.

Release of Information to Erlanger

I authorize the release of information from:

Name of Physician, Institution, etc.

Address

City, State, Zip

Please send information requested below to:

Dr. _____

Dept/Clinic _____

Telephone Number _____ Fax Number _____

DATES OF TREATMENT (Which dates of treatment do you need records for?)

Dates: _____

The information that is to be released should be detailed to specific dates of service, treatment, etc. A meaningful description of the information to be disclosed should be provided.

Information to be Released

- Discharge Summary
- History & Physical
- Operative Report
- X-Ray
- EKG
- Lab
- Physicians Orders
- Other
- Clinic Visits
- ER Records

Reason for Disclosure

- Attorney
- Social Security
- Continuation of Care
- Workmen's Compensation
- Other (Please Specify Below)
- Disability
- Insurance
- Deposition
- Billing

Expiration date for expressed authorization is _____. If the patient does not express a desire for a specific date or condition to revoke their authorization, this authorization, will expire ninety days from the date signed by the patient or legal authorized agent.

I have read, or have had read to me, the above statements, and understand them as they apply to me. I further understand that I may revoke this authorization at any time, except to the extent that action has already been taken in accord with this authorization. Revocation by the patient or legal representation is allowable only in the event that release of information has not already occurred. Specific expectations to revoke an authorization exist, as detailed by federal law, such as:

- EHS has taken action in reliance thereon, or
- The authorization was obtained as a condition of obtaining insurance coverage, whereby another law provides the insurer with the right to contest a claim under the policy.

In order to revoke an authorization, a written document stating the intent of the patient to revoke such authorization must be either presented in person to or delivered by certified mail to ;the Privacy Officer of Erlanger Health System. This revocation document must contain the signature of the patient or patient's legal representative, and that signature must be formally certified by a Notary Public.

I understand that treatment, payment, enrollment, or eligibility of benefits may not be conditioned on obtaining this authorization.

Signature of Patient or Appropriate Legal Representative

Date

(If a personal representative of the individual signs the authorization, a description of such representative's authority to act on behalf of the individual must be provided)

Relationship If Not Patient

Photo ID was provided ____ yes ____ no. If no, the form of patient identification must be so stated and a copy provided with the authorization.

In order to be valid the signature on the authorization must be after the date of service that is being requested for release.

Witness

Date

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION

PATIENT IDENTIFICATION



Nombre del Paciente _____

Dirección del Paciente _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____ Fecha de Nacimiento _____

Teléfono _____ No. De Historia Médica _____ #SS _____

Liberación de información desde Erlanger*

Autorizo el sistema de la salud de Erlanger para lanzar una copia electrónica de mi informe médico a _____
Email Address _____

Yo autorizo al Sistema de Salud Erlanger para liberar mi historia médica listada aquí. Esta información debe ser enviada a:

Nombre del Médico, Institución, etc.

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

Número de Teléfono

Número de Fax

**Tomen nota que la información que se libera después puede someterse a una re-liberación por la persona o institución que la recibe y no estará protegida por el Sistema de Salud Erlanger.*

Liberación de Información para Erlanger

Yo autorizo la liberación de información desde:

Nombre del Médico, Institución, etc.

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

Por favor enviar esta información al:

Dr. _____

Dep.. Clínica _____

No. De Teléfono _____ No. De Fax _____

FECHAS DEL TRATAMIENTO (Para que fechas de tratamiento necesita la historia médica?)

Fechas: _____

La información que se libera debe ser específica para las fechas de servicio, tratamiento, etc. Deben dar una descripción exacta de la información que se debe liberar.

Información que se debe liberar

- Resumen de la Dada de Alta
- Historia y Chequeo Físico
- Informe Operativo
- Radiografía
- EKG
- Lab
- Ordenes Médicas
- Otros
- Visita Clínica
- Emergencia

Razones por la Solicitud

- Abogado
- Seguro Social
- Cuidado Continuo
- Compensación Laboral
- Otros (favor especificar abajo)
- Incapacidad
- Seguro Médico
- Deposition
- Facturación

Fecha de vencimiento de esta autorización es el _____. Si el paciente no da una fecha específica o una condición para revocar esta autorización, esta autorización vencerá dentro de 90 días después que el paciente o la persona autorizada la firme.

He leído o me han leído las declaraciones arriba mencionadas y comprendo en la forma que se refieren a mí. También comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en lo que se refiere a cualquier acción ya tomada con esta autorización. Se permite la revocación por parte del paciente o el representante legal solamente si la liberación de información no haya ocurrido. Existen expectativas específicas para revocar la autorización, en la forma que se detallan por la ley federal, como:

- EHS ha tomado acción apoyándose en el documento o
- La autorización fue obtenida con el propósito de conseguir cobertura del seguro, y otra ley le da a la aseguradora el derecho de protestar el reclamo en la póliza. Para revocar la autorización, se debe presentar en persona o por correo certificado al Oficial de Privacidad del Sistema de Salud Erlanger, un documento escrito que establece la intención del paciente de revocar dicha autorización. Este documento revocatorio debe contener la firma del paciente o de su representante legal y esa firma debe ser certificada por Notario Público.

Entiendo que el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios puede no ser condicionado por la obtención de esta autorización.

Firma del Paciente o Representante Legal Apropiado _____ Fecha _____

(Si un representante personal del individuo firma la autorización, se debe presentar una descripción de la autorización del representante para actuar en su nombre)

Si no es el paciente, parentesco con el paciente

Se entregó ID con foto ____ si ____ no. Si es no, la identificación del paciente debe establecerse y una copia entregada con la autorización para validar la firma en la autorización que debe ser después de la fecha del servicio solicitado para su liberación.

Testigo _____

Fecha _____

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACION

PATIENT IDENTIFICATION

