

Authorization for Use and Disclosure of Protected Health Information (PHI)

Patient Name:		Birth Date:		Social Security Number: <i>(optional)</i>	
Recipient's Name:					
Address:					
City:			State:		Zip:
<i>This authorization will expire in six months</i>				Medical Record Number <i>(completed by facility personnel)</i>	
Date: _____					
Method of Delivery: Mail _____ Pick Up _____ Email Address _____					
Purpose of disclosure:					
Description of information to be used or disclosed					
Is this request for psychotherapy notes? <input type="checkbox"/> Yes, then this is the only item you may request on this authorization. You must submit another authorization for other items below: <input type="checkbox"/> No, then you may check as many items below as you need.					
<u>Type of Access Requested:</u>	<u>Date(s):</u> <small>Must include</small>	<u>Description</u> <small>Check off what is needed</small>	<u>Date(s):</u> <small>Must include</small>	<u>Description</u> <small>Check off what is needed</small>	<u>Date(s):</u> <small>Must include</small>
<input type="checkbox"/> Copies of the record <input type="checkbox"/> Review of the record	_____ _____	<input type="checkbox"/> Abstract/Pertinent <input type="checkbox"/> Emergency Room <input type="checkbox"/> H & P <input type="checkbox"/> Consult Report <input type="checkbox"/> Operative Report <input type="checkbox"/> Rehab Services <input type="checkbox"/> Progress Notes <input type="checkbox"/> Physician Orders <input type="checkbox"/> Pathology	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Lab <input type="checkbox"/> Imaging/Radiology <input type="checkbox"/> Cardiac Studies <input type="checkbox"/> Face Sheet <input type="checkbox"/> Nursing Notes <input type="checkbox"/> Medication Record <input type="checkbox"/> Discharge Summary <input type="checkbox"/> Entire Record <input type="checkbox"/> Other _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
I acknowledge, and hereby consent to such, that the released information may contain alcohol, drug abuse, psychiatric, HIV testing, HIV results or AIDS information. Initials _____ If not applicable, check here <input type="checkbox"/>					
I understand that:					
<ol style="list-style-type: none"> 1. I may refuse to sign this authorization and that it is strictly voluntary. 2. My treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits may not be conditioned to signing this authorization. 3. I may revoke this authorization at any time in writing; but if I do, it will not have any affect on any actions taken prior to receiving the revocation. Further details may be found in the Notice of Privacy Practices. 4. If the requester or receiver is not a health plan or health care provider, the released information may no longer be protected by federal privacy regulations and may be re-disclosed. 5. I understand that I may see and obtain a copy of the information described in this form, for a reasonable copy fee, if I ask for it. 6. I get a copy of this form after I sign it. 					
I have read the above and authorize the disclosure of the protected health information as stated:					
Signature of Patient/Guardian/Patient Representative:				Date:	
Print Name of Patient/Representative:				Relationship to Patient:	





Teléfono #: 941-745-7309
Fax #: 941-745-7226

Autorización para uso y divulgación de la Información Protegida sobre la Salud (Protected Health Information (PHI))

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social: <i>(opcional)</i>
Nombre del receptor:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
<i>Esta autorización perderá su validez en seis meses</i> Fecha: _____		Número de registro médico <i>(para completarse por personal de la institución)</i>

Método de entrega: Correo _____ Levantar _____ Dirección de correo electrónico _____
 Propósito de la entrega de información:

Descripción de la información que se usará o divulgará

¿Es esta solicitud para notas de psicoterapia? Sí, entonces éste es el único documento que puede solicitar en esta autorización. Debe presentar otra autorización para los demás documentos a continuación:
 No, entonces puede marcar todos los documentos que necesite a continuación.

<u>Tipo de acceso solicitado:</u>	<u>Fecha(s):</u> <i>Se deben incluir</i>	<u>Descripción</u> <i>Marque lo que se necesita</i>	<u>Fecha(s):</u> <i>Se deben incluir</i>	<u>Descripción</u> <i>Marque lo que se necesita</i>	<u>Fecha(s):</u> <i>Se deben incluir</i>
<input type="checkbox"/> Copias de la historia clínica	_____	<input type="checkbox"/> Resumen/Pertinente <input type="checkbox"/> Sala de Urgencias <input type="checkbox"/> Historia médica y examen físico	_____	<input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Imagenología/Radiología <input type="checkbox"/> Estudios cardiacos <input type="checkbox"/> Carátula	_____
<input type="checkbox"/> Revisión de la historia clínica	_____	<input type="checkbox"/> Informe de consultorio <input type="checkbox"/> Informe de operaciones <input type="checkbox"/> Servicios de rehabilitación <input type="checkbox"/> Notas del progreso <input type="checkbox"/> Órdenes del médico <input type="checkbox"/> Patología	_____	<input type="checkbox"/> Notas de enfermería <input type="checkbox"/> Registro de medicamentos <input type="checkbox"/> Resumen del alta <input type="checkbox"/> Registro completo <input type="checkbox"/> Otro: _____	_____

Por medio de la presente reconozco y doy mi consentimiento para que la información divulgada contenga información sobre abuso del alcohol, abuso de drogas, pruebas de VIH, resultados de pruebas de VIH o SIDA. Iniciales _____ si no corresponde, marque aquí

- Entiendo que:
1. Puedo negarme a firmar esta autorización y que es estrictamente voluntaria.
 2. Mi tratamiento, pago, registro o elegibilidad para los beneficios no se condicionarán al hecho de que firme esta autorización.
 3. Podré revocar esta autorización en cualquier momento por escrito; pero si lo hiciese, no tendrá efecto alguno en cualquier acción tomada antes de recibir la revocación. Se pueden encontrar detalles adicionales en el Aviso de Prácticas de Confidencialidad.
 4. Si el solicitante o el receptor de la información no es un plan de salud o proveedor de cuidados de la salud, la información divulgada no podrá seguir estando protegida por las normas federales de confidencialidad y podrá volver a divulgarse.
 5. Entiendo que, si lo solicito, puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario, por una cuota razonable de opiado.
 6. Obtendré una copia de este formulario después de haberlo firmado.

He leído lo anterior y autorizo la divulgación de la información protegida de salud como se estipula:

Firma del paciente/Tutor/Representante del paciente:	Fecha:
--	--------

Nombre del paciente/representante con letra de molde:	Parentesco con el paciente:
---	-----------------------------

