



PATIENT AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS

MRN: _____

INSTRUCTIONS

Fill in the appropriate information in each applicable section. Sign and date the form. Incomplete forms will be returned to you unprocessed. A separate authorization must be completed for each request.

Patient Full Name: _____ Maiden Name: _____
Last First Initial

Date of Birth: _____ Last 4 digits SS#: _____ Sex: M / F Telephone: (____) _____

Address: Street: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

I, _____ hereby authorize _____, it's director or agent, to disclose information contained in the medical record of the patient identified above, which includes information that may be stored in a paper and/or electronic format, as set forth below. Notes may contain information on general medical care; alcohol and drug abuse treatment; psychological and social work counseling; human immunodeficiency virus (HIV) or acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) or AIDS related complex (ARC); communicable diseases or infections, including sexually transmitted diseases, venereal diseases, tuberculosis and hepatitis; demographic information; and treatment received at other health care providers. Any alcohol and substance abuse information disclosed to you from records are protected by Federal confidentiality rules (42 CFR Part 2). The Federal rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR Part 2. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose. The Federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient.

1. Name or title of person or organization and address to whom information is to be:

Disclosed To: _____ Requested From: _____

2. The purpose or need for such disclosure

At the request of the patient Personal Use Continuation of Care Attorney
Workman's Compensation Insurance Disability Other: _____

3. Specific information to be disclosed/received. Indicate service type and date of service.

ER Memo Outpatient Visit Other:
X-Ray/Lab Discharge Summary
Immunizations Diagnosis/Dates

Special categories of information to be released: You must specifically authorize the disclosure of the following types of information. Behavioral Health/Psychotherapy Information Signature: Substance Use Disorder Information Signature: Human Immunodeficiency Virus (HIV) Signature:

- 4. This authorization is valid only if received by CHASS Center within 60 days of the date signed.
5. This authorization includes both verbal and written communication.
6. I may revoke this authorization at any time. With the exception of Substance Use Disorder (SUD) Information, revocations to this authorization must be presented in writing. Revocation of SUD Information authorization may be revoked verbally. Revocation will not apply to the information that has already been released pursuant to this authorization.
7. My care or treatment will not be conditioned on signing this authorization.
8. CHASS Center and/or its copying services reserve the right to charge for processing and copying information. This fee is waived when releasing information directly to a treating physician or health care facility.

Signature: _____ Relationship (if other than patient): _____
Patient, Parent of Minor, Legal Guardian, Personal Representative, Heir at Law, Person under a POA* Date: _____

- If Legal Guardian, Personal Representative or Power of Attorney, a copy of appropriate documentation is necessary for release.
ID with photo required _____



AUTORIZACION PARA LA ENTREGA DE INFORMACION MEDICA

MRN: _____

INSTRUCCIONES

Llene la información apropiada en cada sección aplicable. Firme y escriba la fecha en la forma. Formas incompletas serán devueltas sin procesar. Se necesita llenar una autorización separada para cada solicitud.

Nombre Completo del Paciente: _____ Apellido de Soltera: _____
Apellido Nombre Inicial

Fecha de Nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos del SS# _____ Género: M / F Teléfono: _____

Dirección : Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Yo _____ autorizo a _____ su director o agente para divulgar información contenida en el archivo médico del paciente indicado arriba que contiene información que se puede guardar en un archivo de papel y/o en forma electrónica como se expone a continuación. Notas pueden contener información sobre cuidado médico general, tratamientos para abuso de alcohol o drogas; consejería psicológica o trabajo social, virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), complejo relacionado con el SIDA, enfermedades o infecciones comunicables incluyendo infecciones sexuales, enfermedades venéreas, tuberculosis y hepatitis; información demográfica y tratamientos recibidos de parte de otros proveedores médicos. **Cualquier información revelada a usted de los archivos médicos acerca del abuso de alcohol o abuso de sustancias está protegida bajo las reglas Federales de Confidencialidad (42 C.F.R Parte 2) Las reglas Federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que estuviera expresamente permitido por consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece o que lo autorice de otra forma el 42 C.F.R. Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este propósito. Las reglas Federales limitan cualquier uso de la información para investigar criminalmente o enjuiciar cualquier paciente bajo tratamiento para el abuso de alcohol o sustancias.**

1. Nombre o título de la persona u organización y dirección a la que se debe:

Divulgar la información:

Solicitado de:

2. El propósito u necesidad de dicha divulgación.

___ A Petición del Paciente
___ Compensación del
___ Trabajador

___ Uso Personal
___ Seguro

___ Continuación de
___ Atención
___ Discapacidad

___ Abogado
___ Otro: _____

3. Información específica de revelar/recibir. **Indica el tipo de servicio y la fecha de servicio.**

___ ER Memo _____ Visita Ambulatoria _____ Otro: _____
___ Radiografía/Laboratorio _____ Resumen de descarga _____
___ Vacunas _____ Diagnósticos/Fechas _____

Categorías especiales de información a divulgar: Usted debe autorizar específicamente la divulgación de los siguientes tipos de información.

Información de Salud Conductual/ Psicoterapia Firma: _____

Información de Desorden del Uso de las Sustancias Firma: _____

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) Firma: _____

4. Esta autorización es válida solo si lo recibe CHASS Center dentro de 60 días de la fecha firmada.

5. Esta autorización incluye comunicación verbal y escrita.

6. **Yo puedo revocar esta autorización en cualquier tiempo.** Con la excepción de información de Desorden del Uso de Sustancias (DUS), revocaciones de esta información se deben presentar en forma escrita. Revocaciones de la autorización de información de DUS se puede revocar verbalmente. La revocación no se aplica a la información que ya se a divulgado de conformidad con esta autorización.

7. Mi cuidado u tratamiento **NO** será condicionado después de firmar esta autorización.

8. CHASS Center y/o sus servicios de copiar reservan el derecho de cobrar para procesar y copiar información. Este cobro se renuncia cuando divulga información directamente al médico o centro de atención médica donde se trata.

Firme: _____

Relación (si no es el paciente): _____

Paciente, Padre de Menor, Guardian Legal, Representante Personal,
Heredero en la Ley, Persona bajo Poder De Representante Legal*

Fecha: _____

- Si es Guardian Legal, Representante Personal o si tiene Poder de Representante Legal, una copia de documentos apropiados es necesario para divulgar información.
- ID con foto necesaria _____