

**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: _____	

<b>Release Information From:</b>  (List Applicable Facility (s) and/or Practice)  _____  (phone number) (fax number)	<b>Release Information To:</b> _____ 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
<input type="checkbox"/> Discharge Summary	<input type="checkbox"/> Pathology Reports
<input type="checkbox"/> History & Physical	<input type="checkbox"/> Emergency Room Record
<input type="checkbox"/> Consultation Reports	<input type="checkbox"/> EKG
<input type="checkbox"/> Operative Reports	<input type="checkbox"/> Stress Test
<input type="checkbox"/> Laboratory Reports	<input type="checkbox"/> Images
<input type="checkbox"/> Billing Records	<input type="checkbox"/> Other _____
<input type="checkbox"/> Entire Record (not including psychotherapy notes)	

**FORMAT: (check all that may apply)**

<input type="checkbox"/> CD (charges may apply)
<input type="checkbox"/> Secure - Email (E-Mail Address noted above)
<input type="checkbox"/> Paper copy (charges may apply)
<input type="checkbox"/> Other _____

**DELIVERY METHOD:**

<input type="checkbox"/> Reg. US Mail	<input type="checkbox"/> Pick-up	<input type="checkbox"/> Fax, where permitted
<input type="checkbox"/> Overnight/Express Mail Service, charges may apply		
<input type="checkbox"/> Paper copy (charges may apply)		
<input type="checkbox"/> 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 EHSs Notice Of Privacy Practices or as required by law. **The Notice of Privacy Practices is available at [www.erlanger.org](http://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



**Erlanger Health System**  
**Autorización para la divulgación de información médica**

N.º de MR \_\_\_\_\_  
N.º de cuenta \_\_\_\_\_

**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: _____	
<b>Divulgar información desde:</b>  (Enumerar el/los centro(s) o el consultorio que correspondan)  _____	
<b>Divulgar información para:</b> _____ mí  (Nombre del centro, persona, compañía) (Relación)  _____	
(Número de teléfono)	(Número de fax)
<b>FINALIDAD DE LA DIVULGACIÓN (marcar el motivo):</b> <input type="checkbox"/> Solicitud personal <input type="checkbox"/> Continuación de la atención del paciente <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Propósito legal, incluidos debates y procedimientos <input type="checkbox"/> Otro	
<b>Complete las fechas de tratamiento para la divulgación de los registros:</b> <b>Fechas de tratamiento:</b> Desde: _____ Hasta: _____	
<p>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.</p>	

**Hospital (marque todo lo que corresponda):**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Resumen del hospital<br><input type="checkbox"/> Resumen del alta hospitalaria<br><input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico<br><input type="checkbox"/> Informes de consulta<br><input type="checkbox"/> Informes operatorios<br><input type="checkbox"/> Informes de laboratorio<br><input type="checkbox"/> Registros de facturación | <input type="checkbox"/> Informes de radiología/radiografías<br><input type="checkbox"/> Informes de patología<br><input type="checkbox"/> Registro de la sala de emergencias<br><input type="checkbox"/> ECG<br><input type="checkbox"/> Prueba de esfuerzo<br><input type="checkbox"/> Imágenes<br><input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Registro completo (sin incluir informes de psicoterapia)   |  |

**FORMATO:** (marque todas las opciones que correspondan)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> CD (se pueden aplicar cargos)<br><input type="checkbox"/> Seguro correo electrónico (dirección de correo electrónico indicada anteriormente)<br><input type="checkbox"/> Copia impresa (se pueden aplicar cargos)<br><input type="checkbox"/> Otro _____           |  |
| <input type="checkbox"/> Recogida <input type="checkbox"/> Fax, cuando esté permitido<br><input type="checkbox"/> Servicio de correo nocturno/urgente; se pueden aplicar cargos<br><input type="checkbox"/> Copia impresa (se pueden aplicar cargos)<br><input type="checkbox"/> Otro _____ |  |

**MÉTODO DE ENTREGA:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Correo reg. de los EE. UU.<br><input type="checkbox"/> Recogida<br><input type="checkbox"/> Fax, cuando esté permitido | <input type="checkbox"/> Servicio de correo nocturno/urgente; se pueden aplicar cargos<br><input type="checkbox"/> Copia impresa (se pueden aplicar cargos)<br><input type="checkbox"/> 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](http://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

