



**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN MÉDICA (Centro de Salud/Clinica)
AUTHORIZATION FOR RELEASE OF
MEDICAL INFORMATION (Health Center/Clinic)**

Organización que divulga la información	
Centro:	
Dirección:	
Ciudad, Estado	Código Postal
Fax:	Teléfono:

A quién se le dará la información	
Entidad/Persona:	
Dirección:	
Ciudad, Estado	Código Postal
Fax:	Teléfono:

Información del paciente:	Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
	Dirección: _____	Teléfono: _____
Fechas solicitadas:	DE: _____	A: _____

***La solicitud de su expediente puede tener un CARGO**

Expedientes que solicita:	Expedientes del Centro de Salud/Clinica	Expedientes hospitalarios (Únicamente de un hospital que no pertenezca a Banner)
	<input type="checkbox"/> Visita al consultorio/reporte de progreso <input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> Reporte quirúrgico <input type="checkbox"/> Reporte de patología <input type="checkbox"/> Reporte del laboratorio <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos <input type="checkbox"/> Reporte de ECG <input type="checkbox"/> Reporte de imágenes /radiografías <input type="checkbox"/> Imágenes/ radiografías CD/Placas <hr/> <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Visita al consultorio de salud mental/psiquiátrico <input type="checkbox"/> Expediente médico oficial <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Todos los expedientes pertinentes (incluye los siguientes) <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Resumen de alta <input type="checkbox"/> Reporte de Urgencias <input type="checkbox"/> Reporte de ECG <input type="checkbox"/> Antecedentes médicos y examen físico <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos <input type="checkbox"/> Reporte quirúrgico <input type="checkbox"/> Reporte de patología <input type="checkbox"/> Lista de problemas <input type="checkbox"/> Reporte de radiografías <input type="checkbox"/> Otro _____
	Otros expedientes:	
	<input type="checkbox"/> Expediente de facturación <input type="checkbox"/> Pruebas genéticas <input type="checkbox"/> Fotografías Explicación más detallada de la solicitud: _____	

Forma de entrega de los expedientes:	Copias en papel <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Recoger <input type="checkbox"/> Mensajero <input type="checkbox"/> Fax Copias electrónicas <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> NO DESEO que mi expediente electrónico sea encriptado <input type="checkbox"/> DESEO que mi expediente electrónico sea encriptado NOTA: Siempre existe cierto riesgo de que un tercero pueda tener acceso a su información protegida de salud (PHI por sus siglas en inglés) sin su consentimiento cuando la comunicación por medio de medios electrónicos o el correo electrónico no están encriptados. No nos hacemos responsables por cualquier acceso no autorizado a medios electrónicos o correos electrónicos no encriptados o por cualquier riesgo (por ejemplo un virus) que pueda introducirse a su computadora o aparato cuando reciba su PHI en formato electrónico o email.																																							
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td align="center" colspan="20">Email para recibir el expediente</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <p align="center">(Llene ÚNICAMENTE si pidió que se le envíe el expediente por email)</p> <p align="center">*Los datos no encriptados enviados por email pueden ser interceptados por personas no autorizadas*</p>	Email para recibir el expediente																																						
Email para recibir el expediente																																								

Objetivo:	<input type="checkbox"/> Para mí <input type="checkbox"/> Continuación de atención médica <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____
------------------	--





AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION (Health Center/Clinic)

Organization Who Is Releasing Information		To Whom Information Will Be Provided	
Facility:		Entity/Individual:	
Address:		Address:	
City, State	Zip Code	City, State	Zip Code
Fax:	Phone:	Fax:	Phone:

Patient Information:	Patient Name: _____	Date of Birth: _____
	Address: _____	Phone Number: _____
Dates Requested:	FROM: _____	TO: _____

***There May be a FEE Associated with your Request for Records**

Records Being Requested:	Health Center/Clinic Records	Hospital Records (Only From Non-Banner Hospital)
	<input type="checkbox"/> Office Visit/Progress Note <input type="checkbox"/> Immunization Record <input type="checkbox"/> Operative Report <input type="checkbox"/> Pathology Report <input type="checkbox"/> Laboratory Report <input type="checkbox"/> Medication List <input type="checkbox"/> EKG Report <input type="checkbox"/> Imaging/X-ray Report <input type="checkbox"/> Imaging/X-ray CD/Film <hr/> <input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Behavioral/Psychiatric Office visit <input type="checkbox"/> Official Medical Record <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> All Pertinent Records (includes those listed below) <input type="checkbox"/> Allergies <input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Discharge Summary <input type="checkbox"/> ER Report <input type="checkbox"/> EKG Report <input type="checkbox"/> History & Physical <input type="checkbox"/> Laboratory <input type="checkbox"/> Medication List <input type="checkbox"/> Operative Report <input type="checkbox"/> Pathology Report <input type="checkbox"/> Problem List <input type="checkbox"/> X-Ray Report <input type="checkbox"/> Other _____
	Other Records: <input type="checkbox"/> Billing Record <input type="checkbox"/> Genetic Testing <input type="checkbox"/> Photos Further explanation of request: _____	

Delivery of Records:	Paper Requests <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Pick Up <input type="checkbox"/> Courier <input type="checkbox"/> Fax Electronic Requests <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> I <u>Do Not</u> want my electronic record Encrypted <input type="checkbox"/> I <u>Do</u> want my electronic record Encrypted NOTE: There is some level of risk that a third party could access your Protected Health Information (PHI) without your consent when electronic media or email is unencrypted. We are not responsible for unauthorized access to unencrypted media or email or for any risks (e.g., virus) potentially introduced to your computer/device when receiving PHI in electronic format or email.																																							
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td colspan="20">Email Address for record delivery</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <p style="text-align: center;">(Complete ONLY if requesting records via Email) *Unencrypted data sent by email can be intercepted by Unauthorized Parties*</p>	Email Address for record delivery																																						
Email Address for record delivery																																								

Purpose:	<input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Continuing Care <input type="checkbox"/> Other (please specify): _____
-----------------	---



**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN MÉDICA (Centro de Salud/Clínica)
AUTHORIZATION FOR RELEASE OF
MEDICAL INFORMATION (Health Center/Clinic)**

Entiendo que la información en mi expediente médico puede incluir información relacionada a enfermedades de transmisión sexual, al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y otras enfermedades contagiosas, a la atención de salud mental y psiquiátrica, al tratamiento para el abuso del alcohol y las drogas y pruebas genéticas: mi firma autoriza la divulgación de esta información.

Puedo negarme a firmar este formulario de autorización. Entiendo que Banner no condicionará ni negará darme tratamiento basado en la firma de esta autorización.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento excepto en la medida que ya se haya tomado alguna acción basada en esta autorización. La notificación de las prácticas de privacidad de Banner Health explica el proceso para revocar la autorización, el cual incluye una solicitud por escrito.

Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

Esta autorización corresponde a las fechas especificadas en esta autorización. A menos que yo revoque esta autorización antes, expirará a los 12 meses de la fecha en que fue firmada. Entiendo que si esta información se divulga a terceros, la información puede ya no estar protegida por las leyes estatales y federales y puede ser divulgada por la persona u organización que reciba la información.

Yo, libero a Banner Health, a sus empleados y representantes, al personal médico y socios comerciales de cualquier responsabilidad legal u obligación por la divulgación de la información anterior en la medida que está indicado y autorizado aquí.

Sí No LOS EXPEDIENTES SOLICITADOS INCLUYEN INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO RECIBIDO PARA LA ADICIÓN A LAS DROGAS O ALCOHOL. Si es así, autorizo la divulgación de mi información de tratamiento contra las drogas o alcohol con el siguiente propósito:

La información que será divulgada debe incluir mi expediente solicitado completo excepto por la siguiente información: _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del representante legal _____ Fecha _____

Relación con el paciente: _____

Para uso del hospital únicamente (For Healthcare Use Only)		
Employee printed name who completed/reviewed form with patient:		
Verbal Release or Viewed EMR (document information/person authorized):		
Date Received:	Date Completed:	Processing Initials:
POA Verified:	ID/License Verified:	
Comments for CROI:		

Persona que recogió el expediente: _____ Fecha _____



AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION (Health Center/Clinic)

I understand that information in my health record may include information relating to Sexually Transmitted Disease, Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), Human Immunodeficiency Virus (HIV), and other communicable diseases, Behavioral Health Care/Psychiatric Care, treatment of alcohol and/or drug abuse and genetic testing: my signature authorizes release of any such information.

I may refuse to sign this authorization form. I understand that Banner will not condition or deny treatment on my signing this authorization.

I understand that I may revoke this authorization at any time, except to the extent that action based on this authorization has already been taken. Banner Health’s Notice of Privacy Practices explains the process for revocation, which includes a request in writing.

I understand that I have a right to receive a copy of this authorization.

This Authorization pertains to the dates specified on this Authorization. Unless I revoke this authorization earlier, it will expire 12 months from the date signed. I understand that if this information is disclosed to a third party, the information may no longer be protected by state, federal regulations and may be re-disclosed by the person or organization that receives the information.

I release Banner Health, its employees and agents, medical staff members and business associates from any legal responsibility or liability for the disclosure of the above information to the extent indicated and authorized herein.

Yes No DO THE REQUESTED RECORDS INCLUDE DRUG/ALCOHOL TREATMENT RECEIVED: If yes, I release my drug and alcohol information for the following purpose:

_____ The information to be released should include my entire record requested except for the following:

Signature of Patient _____ Date _____

Signature of Legal Representative _____ Date _____

Relationship to Patient: _____

For Healthcare Use Only		
Employee printed name who completed/reviewed form with patient:		
Verbal Release or Viewed EMR (document information/person authorized):		
Date Received:	Date Completed:	Processing Initials:
POA Verified:	ID/License Verified:	
Comments for CROI:		

Records picked up by: _____ Date _____