



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA (Hospital) AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION (Hospital)

Form for organization providing information: Hospital, Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal, Fax, Teléfono.

Form for entity/person providing information: Entidad/Persona, Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal, Fax, Teléfono.

Form for patient information: Nombre, Fecha de nacimiento, Dirección, Teléfono, and dates requested (DE, A).

La solicitud de su expediente puede tener un CARGO

Main form for medical records request, including checkboxes for relevant/non-relevant records, radiology details, mental health records, delivery method (paper/electronic), and objective.





Banner Health®

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA (Hospital)
AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION (Hospital)**

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.

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#:	
Comments for CROI:		

Persona que recogió el expediente: _____ Fecha _____



AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION (Hospital)

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.

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#:	
Comments for CROI:		

Records picked up by: _____ Date _____