



# Banner Health®

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA (Atención Domiciliaria/Hospicio) AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION (Home Care/Hospice)

<b>Organización que divulga la información</b>	
Centro:	
Dirección:	
Ciudad, Estado	Código Postal
Fax:	Teléfono:

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

<b>Información del paciente:</b>	Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
	Dirección: _____ Teléfono: _____
<b>Fechas solicitadas:</b>	<b>DE:</b> _____ <b>A:</b> _____

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

<b>Expedientes que solicita:</b>	<b>Atención Domiciliaria/Hospicio</b> <input type="checkbox"/> Valoración(es) Clínica(s) <input type="checkbox"/> Evaluación(es) Clínica(s) <input type="checkbox"/> Órdenes de continuación <input type="checkbox"/> Plan de atención <input type="checkbox"/> Notas de visitas <input type="checkbox"/> Expediente médico oficial <input type="checkbox"/> Otro _____	<b>Expedientes hospitalarios</b> (Únicamente de un hospital que no pertenezca a Banner) <input type="checkbox"/> <b>Todos los expedientes pertinentes</b> (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 _____
	<b>Otros expedientes:</b> <input type="checkbox"/> Expediente de facturación <input type="checkbox"/> Pruebas genéticas <input type="checkbox"/> Fotografías Explicación más detallada de la solicitud: _____	

<b>Forma de entrega de los expedientes:</b>	<b>Copias en papel</b> <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Recoger <input type="checkbox"/> Mensajero <input type="checkbox"/> Fax <b>Copias electrónicas</b> <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> <b>NO DESEO</b> que mi expediente electrónico sea encriptado <input type="checkbox"/> <b>DESEO</b> que mi expediente electrónico sea encriptado																																							
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td colspan="20" style="text-align: center;"><b>Email para recibir el expediente</b></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;">(Llene <b>UNICAMENTE</b> si pidió que se le envíe el expediente por email)  <b>*Los datos no encriptados enviados por email pueden ser interceptados por personas no autorizadas*</b></p>	<b>Email para recibir el expediente</b>																																						
<b>Email para recibir el expediente</b>																																								

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





**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION (Home Care/Hospice)**

Organization Who Is Releasing Information	
Facility:	
Address:	
City, State	Zip Code
Fax:	Phone:

To Whom Information Will Be Provided	
Entity/Individual:	
Address:	
City, State	Zip Code
Fax:	Phone:

<b>Patient Information:</b>	Patient Name: _____ Date of Birth: _____
	Address: _____ Phone Number: _____
<b>Dates Requested:</b>	<b>FROM:</b> _____ <b>TO:</b> _____

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

<b>Records Being Requested:</b>	<b>Home Care/Hospice</b> <input type="checkbox"/> Clinical Assessment(s) <input type="checkbox"/> Clinical Evaluation(s) <input type="checkbox"/> Continuation Orders <input type="checkbox"/> Plan of Care <input type="checkbox"/> Visit Notes <input type="checkbox"/> Official Medical Record <input type="checkbox"/> Other _____	<b>Hospital Records</b> (Only From Non-Banner Hospital) <input type="checkbox"/> <b>All Pertinent Records</b> (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 _____
	<b>Other Records:</b> <input type="checkbox"/> Billing Record <input type="checkbox"/> Photos Further explanation of request: _____	
<b>Delivery of Records:</b>	<b>Paper Requests</b> <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Pick Up <input type="checkbox"/> Courier <input type="checkbox"/> Fax <b>Electronic Requests</b> <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 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">           Email Address for record delivery            _____            _____            _____         </div> <p style="text-align: center;">(Complete ONLY if requesting records via Email)  <b>*Unencrypted data sent by email can be intercepted by Unauthorized Parties*</b></p>	
<b>Purpose:</b>	<input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Continuing Care <input type="checkbox"/> Other (please specify): _____	



# Banner Health®

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA (Atención Domiciliaria/Hospicio) AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION (Home Care/Hospice)

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 (Home Care/Hospice)**

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 \_\_\_\_\_