



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

*Usted puede acceder a la mayoría de su información médica por medio del portal para pacientes (en la aplicación de Banner Health para Android o Apple) o vaya a mybanner.bannerhealth.com – Nota: los pacientes entre 12 y 17 años no tienen acceso al portal*

<b>Información del paciente:</b>	Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento: _____
	Dirección: _____	Teléfono: _____
	Ciudad/Estado: _____	Código Postal: _____

<b>Divulgar información de:</b> Por favor especifique el centro/lugar, organización o persona abajo	
Hospital:	
Clínica/Centro de Salud/Urgencias Menores:	
Atención a domicilio/Hospicio:	
Centro de Imágenes:	
Otro:	
Dirección:	
Ciudad/Estado: _____	Código Postal _____
Fax _____	Teléfono _____

<b>Divulgar/Enviar información a:</b> Por favor seleccione un recuadro a continuación	
<input type="checkbox"/> A mí (misma información de arriba)	
<b>O</b>	
<input type="checkbox"/> Entidad/persona (por favor especifique): _____	
Dirección:	
Ciudad/Estado: _____	Código Postal _____
Fax _____	Teléfono _____

<b>Para las fechas del servicio</b>	<b>FROM:</b> ____/____/____ MM DD YYYY	<b>TO:</b> ____/____/____ MM DD YYYY
-------------------------------------	---	---

<b>Información que se divulgará:</b>  <i>* Por favor sepa que la solicitud de su expediente puede tener un CARGO.</i>	<input type="checkbox"/> <b>Todos los expedientes pertinentes:</b> (incluyen alergias, exámenes de laboratorio, consultas, lista de medicamentos, resumen del alta, reporte quirúrgico, reporte de urgencias, reporte de patología, reporte de ECG, lista de problemas, antecedentes médicos y examen físico, reporte de radiología)
	<input type="checkbox"/> <b>Expediente médico completo:</b> (incluye el “set de expedientes designados” completo definido en 45 CFR 164.501)
	<b>Imágenes/Fotografías:</b> (Especifique el tipo de imágenes o fotografías, como: radiografías, TAC, fotografía de herida, etc.) <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología (CD): _____ <input type="checkbox"/> Otras imágenes/fotografías: _____
	<input type="checkbox"/> <b>Expediente de facturación</b>  <input type="checkbox"/> <b>Otro: (por favor especifique)</b> _____ _____
	<b>Documentos específicos/Notas:</b> <input type="checkbox"/> Notas de visita a urgencias menores <input type="checkbox"/> Notas de visita a la clínica/ de progreso <input type="checkbox"/> Reportes de laboratorio <input type="checkbox"/> Reportes de patología <input type="checkbox"/> Reporte de radiología <input type="checkbox"/> Pruebas genéticas <input type="checkbox"/> Expediente de vacunación <input type="checkbox"/> Abuse Notas sobre abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Notas sobre salud mental/ atención psiquiátrica
Por favor <b>excluyan</b> la siguiente información de la información que será divulgada como parte de esta solicitud:	
<input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA
<input type="checkbox"/> Otras enfermedades contagiosas	<input type="checkbox"/> Pruebas genéticas
<input type="checkbox"/> Información sobre abuso/abandono infantil	
<input type="checkbox"/> Tratamiento para la drogadicción	
<input type="checkbox"/> Atención de salud mental/atención psiquiátrica	



## AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

*You can access most of your health information directly through our patient portal (Banner Health App on Android or Apple device) or mybanner.bannerhealth.com – Note: patients between the ages of 12 and 17 do not have access to the portal*

<b>Patient Information:</b>	Patient Name: _____	Date of Birth: _____
	Address: _____	Phone Number: _____
	City/State: _____	Zip Code: _____

<b>Release Information From:</b> Please specify facility/location, organization or individual below	
Hospital: _____	
Clinic/Health Center/Urgent Care: _____	
Home Care/Hospice: _____	
Imaging Center: _____	
Other: _____	
Address: _____	
City/State: _____	Zip Code _____
Fax _____	Phone _____

<b>Release/Send Information To:</b> Please select one of the boxes below	
<input type="checkbox"/> Self (same info as above)	
<b>OR</b>	
<input type="checkbox"/> Entity/Individual (please specify): _____	
Address: _____	
City/State: _____	Zip Code _____
Fax _____	Phone _____

<b>For the Dates of Service</b>	<b>FROM:</b> ____/____/____ MM DD YYYY	<b>TO:</b> ____/____/____ MM DD YYYY
---------------------------------	---	---

<b>Information to be Released:</b>	<input type="checkbox"/> <b>All Pertinent Records:</b> (includes Allergies, Laboratory, Consultation, Medication list, Discharge Summary, Operative Report, ER Report, Pathology Report, EKG Report, Problem List, History & Physical, Radiology Report)	
<i><b>*Please Note - There may be a FEE associated with your Request for Records</b></i>	<input type="checkbox"/> <b>Entire Medical Record:</b> (includes full "designated record set" defined in 45 CFR 164.501)	
	<b>Images/Photos:</b> (Specify type of images/photos i.e. X-Ray, CT, wound photo, etc.) <input type="checkbox"/> Radiology Images (CD): _____ <input type="checkbox"/> Other images/photos: _____	<b>Specific Documents/Notes:</b> <input type="checkbox"/> Urgent Care Visit Notes <input type="checkbox"/> Clinic Visit/Progress Notes <input type="checkbox"/> Lab Reports <input type="checkbox"/> Pathology Reports <input type="checkbox"/> Radiology Report <input type="checkbox"/> Genetic Testing <input type="checkbox"/> Immunization Record <input type="checkbox"/> Substance Abuse Notes <input type="checkbox"/> Behavioral Health/Psychiatric Care Notes
	<input type="checkbox"/> <b>Billing Records</b>	
	<input type="checkbox"/> <b>Other: (please specify)</b> _____ _____	
	Please <b>exclude</b> the following information from being released as part of the release of information request: <input type="checkbox"/> Sexually Transmitted Disease <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Other Communicable Diseases <input type="checkbox"/> Genetic Testing <input type="checkbox"/> Child Abuse/Neglect Information <input type="checkbox"/> Treatment of Substance Abuse <input type="checkbox"/> Behavioral Health/Psychiatric Care	



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

<b>Entrega de la información:</b>	<b>Solicitud en papel</b> <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Recogerlos <b>Solicitud electrónica</b> <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> <b>No quiero</b> que mi expediente electrónico sea encriptado <input type="checkbox"/> <b>Quiero</b> que mi expediente electrónico sea encriptado
	<b>NOTA:</b> 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 fax, medios electrónicos o email no está encriptada. No nos hacemos responsables por cualquier acceso no autorizado a fax, comunicaciones o emails 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.  <p align="center">_____</p> <p align="center"><b>Email para recibir el expediente (Llene ÚNICAMENTE si pidió el expediente por email)</b></p>
<b>Objetivo:</b>	<input type="checkbox"/> Para mí <input type="checkbox"/> Continuidad de la atención médica <input type="checkbox"/> Otro: _____

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, 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.

Entiendo que 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: \_\_\_\_\_

<b>Para uso hospitalario únicamente (For Healthcare Use Only)</b>		
Date Received: _____	Processing Facility: _____	Processing Lawson #: _____
ID/License Verified <input type="checkbox"/> _____	Verbal Release <input type="checkbox"/> _____	POA Verified: <input type="checkbox"/> _____
Additional Comments:		

Persona que recogió el expediente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



### AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

<b>Delivery of Information:</b>	<b>Paper Request</b> <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Pick Up <b>Electronic Requests</b> <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> I <b>Do Not</b> want my electronic record encrypted <input type="checkbox"/> I <b>Do</b> want my electronic record encrypted <b>NOTE:</b> There is a level of risk that a third party could access your Protected Health Information (PHI) without your consent when faxed or when electronic media or email is unencrypted. We are not responsible for unauthorized access to faxes, unencrypted media or email or for any risks (e.g., virus) potentially introduced to your computer/device when receiving PHI in any electronic format or email.
	<hr/> <b>Email Address for record delivery (Complete ONLY if requesting records via email)</b>
<b>Purpose:</b>	<input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Continuing Care <input type="checkbox"/> Other: _____

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 understand that 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 information and 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		
Date Received: _____	Processing Facility: _____	Processing Lawson #: _____
ID/License Verified <input type="checkbox"/> _____	Verbal Release <input type="checkbox"/> _____	POA Verified: <input type="checkbox"/> _____
Additional Comments:		

Records picked up by: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_