Banner Health®

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

Organización que divulga la información	
Hospital:	
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:

❑ **Todos los expedientes pertinentes** (incluye los siguientes)
❑ Alergias
❑ Consultas
❑ Resumen de alta
❑ Reporte de Urgencias
❑ Reporte de ECG
❑ Antecedentes médicos y examen físico
❑ Análisis de laboratorio
❑ Lista de medicamentos
❑ Reporte quirúrgico
❑ Reporte de patología
❑ Lista de problemas
❑ Reporte de radiología

Expedientes no pertinentes:
❑ Evaluación(es)
❑ Pruebas genéticas
❑ Expediente de facturación
❑ Fotografías
❑ Instrucciones de alta
❑ Expediente médico oficial (incluye expedientes pertinentes y no pertinentes y otras secciones del expediente médico oficial)

Radiología: (Especifique el tipo de exámenes, p. ej.: radiografías, TAC y lugar p. ej.: hombro, pierna)
❑ CD de radiología ______________ ❑ Placas de radiología ______________

Expediente de la Unidad de salud mental/ psiquiátrica:
❑ **Todos los expedientes pertinentes** (incluye los siguientes)
❑ Consultas
❑ Resumen de alta
❑ Antecedentes médicos y examen físico
❑ Notas sobre el tratamiento
❑ Análisis de laboratorio
❑ Reporte de radiología
❑ Evaluación psiquiátrica
❑ Lista de medicamentos

Expedientes no pertinentes:
❑ Evaluaciones
❑ Expediente de facturación
❑ Instrucciones de alta
❑ Expediente médico oficial (incluye expedientes pertinentes y no pertinentes y otras secciones del expediente médico oficial)

Forma de entrega de los expedientes:

Copias en papel ❑ Correo ❑ Recoger ❑ Mensajero ❑ Fax **Copias electrónicas** ❑ E-mail ❑ CD

❑ NO DESEO que mi expediente electrónico sea encriptado ❑ 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.

Email para recibir el expediente

(Llene UNICAMENTE si pidió que se le envíe el expediente por email)
Los datos no encriptados enviados por email pueden ser interceptados por personas no autorizadas

Objetivo: ❑ Para mí ❑ Continuación de atención médica ❑ Otro ______________

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION (Hospital)

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:

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:	❑ **All Pertinent Records** (includes those listed below) ❑ Allergies ❑ Laboratory ❑ Consultation ❑ Medication List ❑ Discharge Summary ❑ Operative Report ❑ ER Report ❑ Pathology Report ❑ EKG Report ❑ Problem List ❑ History & Physical ❑ Radiology Report	**Non-Pertinent Records:** ❑ Assessment(s) ❑ Genetic Testing ❑ Billing Record ❑ Photos ❑ Discharge Instructions ❑ Official Medical Record (includes pertinent, non pertinent and other sections of the official medical record)
	Radiology: (Specify type of test i.e. X-Ray, CT and location i.e. Shoulder, leg) ❑ Radiology CD ______ ❑ Radiology Films ______	
	Behavioral Health Unit/Psychiatric Record: ❑ **All Pertinent Records** (Includes those listed below) ❑ Consultation ❑ Laboratory ❑ Discharge Summary ❑ Radiology Reports ❑ History & Physical ❑ Psychiatric Evaluation ❑ Treatment Note ❑ Medication List	**Non-Pertinent Records:** ❑ Assessments ❑ Billing Record ❑ Discharge Instructions ❑ Official Medical Record (includes pertinent, non pertinent and other sections of the official medical record)
Delivery of Records:	**Paper Request** ❑ Mail ❑ Pick Up ❑ Courier ❑ Fax **Electronic Requests** ❑ E-mail ❑ CD ❑ I Do Not want my electronic record encrypted ❑ I Do 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. **Email Address for record delivery** ______ **(Complete ONLY if requesting records via email)** ***Unencrypted data sent by email can be intercepted by unauthorized parties***	
Purpose:	❑ Self ❑ Continuing Care ❑ Other ______	

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.

❑ 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 (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.

❑ 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 ______________

1200SP
(09/2017)