CENTRAL DISTRICT HEALTH DEPARTMENT

Authorization for Release of Information

FOR OFFICE USE ONLY
☐ Chart
☐ No Chart
Appt date/time

Last Name _____ First Name _____ MI _____

Former Name(s) If applicable _____ (/ /) DOB

Address _____ City _____ State _____ Zip _____

Reason for Request: ❑ Continuation of Care ❑ Other/ Billing ❑ Other/ Insurance

Specific Information Requested:

❑ Lab Reports - within last six months ❑ Physical – most recent exam

❑ Pathology Reports 1 year if within normal limits; last three years if abnormal

❑ Medical Imaging – within last year ❑ Other _____

Transfer Copies of My Medical Records From (Please print clearly):

Physician and/or Clinic _____

Address _____ City _____ State _____ Zip _____

( ) - _____ ( ) - _____

Telephone Fax

Please Send Copies of My Medical Records To (Please print clearly):

Physician and/or Clinic _____

Address _____ City _____ State _____ Zip _____

( ) - _____ ( ) - _____

Telephone Fax

I understand that my medical record may contain personal or sensitive information. Release of this information is voluntary and protected by law. The facility, its employees, officers, and contracting physicians are released from legal responsibility or liability for the release of the above information to the extent indicated and authorized herein. I specifically authorize the disclosure and release of the following information to the persons/clinic indicated above if I check yes in the box (IDAPA 16.05.01 Protection and Disclosure of Department Records, Public Health Act Section 523-527).

❑ Yes ❑ No All my medical records or other information regarding my treatment, history, tests, diagnosis, or treatment relating to sexually transmitted disease(s). (Federal Regulation 42 CRF Part 2)

❑ Yes ❑ No Information from my history, tests, diagnosis, or treatment relating to HIV or AIDS.

❑ Yes ❑ No Specifically authorize the medical center to release records of alcohol and drug abuse treatment protected under Section 333 of the comprehensive Alcohol Abuse and Alcoholism Prevention, Treatment, and Rehabilitation Act of 1980 and Section 408 of the Drug Abuse Office and Treatment Act of 1972, and psychiatric or psychological care or examination.

❑ Yes ❑ No Provide authorization to fax my medical records for release or disclosure of the information above. (IDAPA 16.05.051)

I understand telephone requests will not be honored. Requests must be made in writing by using the Authorization for Release of Information. I understand that I may revoke this authorization at any time. If I do not, it will be valid for 24 months from the date I sign it.

_____ _____

Client Signature **Date**

_____ _____

Signature if Other Than Client / Legal Relationship to Patient **Date**

CENTRAL DISTRICT HEALTH DEPARTMENT

Autorización para Revelar Información

FOR OFFICE USE ONLY
☐ Chart
☐ No Chart
Appt date/time
_____

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Nombre(s) anterior(es) si lo(s) hay _____ Fecha de Nacimiento (/ /)

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Raźon para Solicitar: ☐ La Continuación de Cuidado ☐ Otro/ Facturando ☐ Otro/ Seguro

Información específica que se pide:

- ☐ Reportes de lab. – ende los últimos 6 meses
- ☐ Reporte de rayos x – en el último año
- ☐ Examen físico – Examen más reciente
- ☐ Otro_____
- ☐ Reportes de Patología: 1 año sí están dentro de los límites normales 3 años si son abnormales

Transferir mis archivos médicos desde (por favor escriba claramente):

Doctor y/o clínica _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

( ) - _____ Teléfono ( ) - _____ Fax

Por favor envíe copia de mis archivos médicos a (por favor escriba claramente):

Doctor y/o clínica _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

( ) - _____ Teléfono ( ) - _____ Fax

Entiendo que mis archivos médicos pueden contener información personal y delicada. Revelar esta información es voluntario y protegido por la ley. La clínica, sus empleados, oficiales, y doctores contratados están libres de responsabilidad u obligación por revelar estos registros de la manera aquí indicada y autorizada. Yo específicamente autorizo la divulgación y revelación de la siguiente información a la(s) persona(s)/clínica(s) y señalo sí en el cuadrito (IDAPA 16.05.01 Protección y divulgación de archivos del departamento, Acta de Salud Pública 523-527.)

☐ Si ☐ No Todos los archivos médicos y otra información acerca de mi tratamiento, historial, pruebas, diagnósticos, ó tratamiento relacionado con enfermedades venéreas. (Regulación Federal 42 CRF Parte 2)

☐ Si ☐ No Información de mi historial, pruebas, diagnóstico, o tratamiento relacionado con el HVI o SIDA.

☐ Si ☐ No Específicamente autorizo al centro medico para revelar archivos de tratamiento de abuso de alcohol y drogas protegido bajo la sección 333 del tratamiento comprensivo de prevención de abuso de drogas y alcohol y el Acta de Rehabilitación de 1980 y la sección 408 de la oficina y Acta de Tratamiento de Abuso de Drogas y Alcohol de 1972, y exámenes ó cuidado psiquiátrico o psicológico.

☐ Si ☐ No Doy autorización para enviar por Fax mis archivos médicos para revelar ó divulgar la información indicada arriba. (IDAPA 16.05.051)

Entiendo que no se cumplirán peticiones telefónicas. Peticiones tienen que hacerse por escrito y usando la autorización para revelar información. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Si no lo hago será válida por 24 meses desde la fecha en que la firmo.

_____ _____
Firma del cliente **Fecha**

_____ _____
Firma de persona que no es el cliente **Responsabilidad legal con el paciente** **Fecha**