

## AUTHORIZATION TO INSPECT AND RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION

**PATIENT NAME:** \_\_\_\_\_

**BIRTHDATE:** \_\_\_\_\_

**ADDRESS:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**TELEPHONE NO:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

1. I hereby authorize CHI St. Luke's Health to:

Disclose/release the specified health information:

Receive the specified health information:

**TO:** \_\_\_\_\_

**FROM:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telephone No: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Telephone No: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fax No: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fax No: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

2. The following health information to be disclosed is maintained in the designated record set: (specify the exact information to be disclosed, including dates of service):

Complete medical record      Dates of service \_\_\_\_\_

[OR the records marked below]

Emergency Department Record

Heart Diagram

Discharge Summary

Laboratory Tests

History & Physical Examination

Radiology Reports

Consultation Reports

Physicians' Orders

Progress Notes

Nursing Notes

Report of Procedure

OTHER

Pathology Report

(specify) \_\_\_\_\_

Diagnostic films/Digital Images (specify) \_\_\_\_\_

Billing Records (specify) \_\_\_\_\_

3. For the purpose of: \_\_\_\_\_

4. If you are requesting copies of your own medical record, indicate here if you would prefer to receive via:

Encrypted CD/DVD or

e-Delivery via a secure portal. Please provide email address for this option.

\_\_\_\_\_

(OVER)

5. I understand that this information may include information relating to specific laboratory tests of HIV infection (Human Immunodeficiency Virus, the causative agent of AIDS) or the diagnosis of Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) or AIDS related conditions; treatment for drug or alcohol abuse; mental or behavioral health or psychiatric care, excluding psychotherapy notes.
6. I understand that CHI St. Luke's Health may charge a fee for the costs associated with processing this request.
7. CHI St. Luke's Health may deny this request to inspect and copy health information in certain limited circumstances, which are described in separate policies. If you are denied access, you may request that the denial be reviewed. Another licensed health care professional chosen by CHI St. Luke's Health will review your request and the denial. The person conducting the review will not be the person who denied the request. CHI St. Luke's Health will comply with the outcome of the review.
8. This authorization is given freely with the understanding that:
  - a) I may revoke this authorization at any time, except where information has already been released.
  - b) The revocation must be in writing and a form is available from the medical record department.
  - c) This authorization will expire 180 days from date of signature unless otherwise specified; expires \_\_\_\_\_.
  - d) CHI St. Luke's Health may not condition treatment or payment upon obtaining this authorization.
  - e) A photocopy or fax of this authorization is as valid as the original.
  - f) Information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and is no longer protected.

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient's Representative

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Representative's Printed Name

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient

\_\_\_\_\_  
Date

<p><b>CHI St. Luke's Health STAFF</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Verified identity of person picking up records.</b></p> <p><b>Date verified:</b> _____ <b>Name and Department:</b> _____</p>
---

<p><b>To Be Complete By Areas Other Than Health Information Management</b></p> <p><b>Date authorization received:</b> _____</p> <p><b>Date information released:</b> _____</p> <p><b>Name and title of CHI St. Luke's Health staff member processing request:</b></p> <p>_____. <b>After processing request, please forward Authorization form to the Health Information Management Department.</b></p> <p>-----</p>
--

## AUTORIZACIÓN PARA EXAMINAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA DEL PACIENTE

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**TELÉFONO:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

1. Por el presente autorizo a CHI ST. Luke's Health a:

- Divulgar/Revelar la información médica que aquí se especifica:      Recibir la información médica que aquí se especifica:

**PARA:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**DE:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

2. La siguiente información médica a divulgar deberá mantenerse en el conjunto de expedientes designado: (especifique la información exacta a divulgar, incluidas las fechas en que se brindó el servicio):

- Expediente médico completo      Fecha en que se brindó el servicio \_\_\_\_\_  
[O los expedientes marcados a continuación]
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Expediente del Departamento de emergencias | <input type="checkbox"/> Diagrama cardíaco       |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta                           | <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes y examen médico               | <input type="checkbox"/> Informes de radiología  |
| <input type="checkbox"/> Informes de consultas                      | <input type="checkbox"/> Indicaciones del médico |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso                          | <input type="checkbox"/> Informe de enfermería   |
| <input type="checkbox"/> Informe del procedimiento                  | <input type="checkbox"/> OTRO                    |
| <input type="checkbox"/> Informes patológicos                       |  |
| <input type="checkbox"/> (especifique) _____                        |  |
- \_\_\_\_\_
- Películas para uso diagnóstico/Imágenes digitales (especifique) \_\_\_\_\_
- Registros de facturación (especifique) \_\_\_\_\_

3. Con el propósito de: \_\_\_\_\_

4. Si solicita copias de su propio expediente médico, indique cómo preferiría recibirlos:

- CD/DVD encriptado o
- Envío electrónico a través de un portal seguro. Le solicitamos proporcione un correo electrónico para esta alternativa.
- \_\_\_\_\_

(ANVERSO)

5. Entiendo que esta información puede estar relacionada a análisis de laboratorio específicos que detecten la infección del VIH (Virus de Inmunodeficiencia, el agente causante del SIDA) o al diagnóstico del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o a las patologías relacionadas al SIDA, al tratamiento por consumo de alcohol o abuso de sustancias, a la salud mental o conductual o atención psiquiátrica excluyendo informes psicoterapéuticos.
6. Entiendo que existe la posibilidad que CHI ST. Luke's Health cobre un cargo por concepto de costos relacionados con el trámite de esta solicitud.
7. CHI ST. Luke's Health puede rechazar su solicitud para examinar y fotocopiar su información médica protegida en ciertas y limitadas circunstancias la que se describe en políticas distintas. En caso que se le niegue el acceso, puede solicitar que dicha denegación sea sometida a una evaluación. Otro profesional de la salud certificado designado por CHI ST. Luke's Health revisará su solicitud y la denegación. La persona que lleve a cabo esta evaluación no será la misma persona que habría denegado su solicitud. CHI St. Luke's Health acatará el resultado de esta revisión.
8. Esta autorización se otorga voluntariamente aceptando que:
  - a) Puedo revocar esta autorización en cualquier momento excepto la sección donde la información se haya divulgado.
  - b) La revocación debe presentarse por escrito y dicho formulario está disponible a través del departamento de expedientes médicos.
  - c) Esta autorización caducará 180 días a partir de la fecha en que se firmó a menos que se indique lo contrario; caduca \_\_\_\_\_.
  - d) CHI ST. Luke's Health no puede condicionar el tratamiento o el pago una vez obtenida esta autorización.
  - e) Una fotocopia o un fax de esta autorización tiene tanta validez como el documento original.
  - f) La información utilizada o divulgada de acuerdo a esta autorización puede estar sujeta a la divulgación por parte del receptor y ya no se encuentra protegida.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante (letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente:

\_\_\_\_\_  
Fecha

<p><b>CHI ST. Luke's Health STAFF</b></p> <p><b>Verified identity of person picking up records.</b></p> <p><b>Date verified:</b> _____ <b>Name and Department:</b> _____</p>
--

<p style="text-align: center;"><b>To Be Complete By Areas Other Than Health Information Management</b></p> <p><b>Date authorization received:</b> _____</p> <p><b>Date information released:</b> _____</p> <p><b>Name and title of CHI St. Luke's Health staff member processing request:</b></p> <p>_____. <b>After processing request, please forward Authorization form to the Health Information Management Department.</b></p> <p>-----</p>
--