

AUTHORIZATION TO RELEASE CONFIDENTIAL PATIENT INFORMATION

PATIENT NAME: _____
 AGE: _____ DOB: _____ SEX: _____
PATIENT LABEL
 MEDICAL RECORD # _____
 ACCOUNT # _____

I hereby authorize _____ to release the information specified
 below relative to the following period of service: _____
 PHYSICIAN / HEALTH FACILITY MONTH / YEAR OF TREATMENT
 Name of Patient: _____
 Address: _____
 STREET / CITY / STATE / ZIP
 Date of Birth: _____ SS#: _____ Phone: _____
 Release To: _____ for the purpose
 FACILITY / INDIVIDUAL TO RECEIVE INFORMATION
 of _____

THE FOLLOWING INFORMATION IS TO BE RELEASED:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| ☐ Admission Face Sheet | ☐ Lab Results | ☐ Respiratory Treatment Notes | ☐ X-Ray Reports |
| ☐ Billing Records/Financial Information | ☐ Medication Record | ☐ Pathology Report | |
| ☐ Consultation Report | ☐ Nurse's Notes | ☐ Progress Notes | |
| ☐ Discharge Summary | ☐ Operative Report | ☐ PT/RT/OT Record | |
| ☐ Emergency Department Record | ☐ Outpatient Record | ☐ Other, please specify: _____ | |
| ☐ History and Physical Exam | ☐ Physician Orders | | |

Your initials are required to release the following information:

____ Mental Health Records (excluding psychotherapy notes) ____ Genetic Information (including Genetic Test Results)
 ____ Drug, Alcohol, or Substance Abuse Records ____ HIV/AIDS Test Results/Treatment

I understand that information released under this authorization may be disclosed by the recipient. Baptist Health System is not liable for redisclosure. The records released may include information regarding medical history, treatment, examinations, hospitalization, HIV/AIDS-related testing, diagnosis or treatment, psychiatric care, and substance use treatment, if applicable. I release Baptist Health System, its physicians and employees from liability related to the release of these records.

IMPORTANT — If patient deceased, please check one box below:

- | | |
|--|---|
| ☐ I am the Administrator/Executor for the deceased
and have attached the Letters / Testamentary. | ☐ There is no court appointed Administrator/
Executor and I am the next of kin. |
|--|---|

 SPECIFY RELATIONSHIP TO THE DECEASED

 SIGNATURE OF PATIENT DATE TIME

 SIGNATURE OF PATIENTS LEGALLY ASSIGNED REPRESENTATIVE (WHEN APPLICABLE) DATE TIME

 RELATIONSHIP TO PATIENT (WHEN APPLICABLE)

This information has been released to you from records where confidentiality is protected by Federal Law. Federal Regulations (42 Code of Federal Regulations, Part 2) prohibits you from making any further disclosure without specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by such regulations. A photocopy shall have the same effect as an original.

This authorization is subject to revocation at any time except to the extent that action has been taken. All requests for revocation must be in writing to the Health Information Management Department. This authorization shall expire upon release of the information for the purpose stated above, or 180 days (six months) from the date of signature, whichever occurs first.

Internal Use Only: ☐ Records Reviewed ☐ Copies Provided



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL PACIENTE**

PATIENT NAME: _____
AGE: _____ DOB: _____ SEX: _____
PATIENT LABEL
MEDICAL RECORD # _____
ACCOUNT # _____

Por este medio autorizo a _____ a divulgar la información
MÉDICO / CENTRO DE SALUD

especificada a continuación con relación al siguiente período de servicios: _____
MES / AÑO DE TRATAMIENTO

Nombre del paciente: _____

Domicilio: _____
CALLE / CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL

Fecha de nacimiento: _____ Núm. de seguro social: _____ Teléfono: _____

Se divulgará a: _____ con el fin
CENTRO / PERSONA QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN

de _____

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SERÁ DIVULGADA:

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Hoja de información general del paciente/historia clínica | ☐ Resultados de análisis de laboratorio | ☐ Notas sobre el tratamiento respiratorio |
| ☐ Registros de facturación/ Información financiera | ☐ Registro de medicamentos | ☐ Notas de evolución |
| ☐ Reporte de consultas | ☐ Notas de enfermería | ☐ Registro de fisioterapia/terapia de rehabilitación/ocupacional |
| ☐ Resumen de alta médica | ☐ Reporte de operaciones | ☐ Reportes de radiología |
| ☐ Registro del Departamento de Emergencias | ☐ Registro de paciente ambulatorio | ☐ Reportes de patología |
| | ☐ Instrucciones del médico | ☐ Otros, especificar: _____ |

Entiendo que al divulgar la información seleccionada arriba, ésta podría estar sujeta a divulgación posterior por parte del receptor de la información. Baptist Health System no se responsabilizará si esta información se vuelve a divulgar. Los registros que se entregarán o revisarán incluyen información referente a mi historia clínica y el tratamiento, los exámenes o la hospitalización, incluyendo, entre otros, toda información relacionada con los estudios, el diagnóstico y el tratamiento del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o trastornos asociados, si hubiera. Yo, el abajo firmante, entiendo que esta información podría incluir la referencia a tratamiento psiquiátrico o estudios, evaluación o tratamiento por abuso de sustancias. Se exime de responsabilidad al hospital, los empleados y al médico por la divulgación de estos registros.

IMPORTANTE — Si el paciente fallece, marque una de las casillas a continuación:

- | | |
|--|--|
| ☐ Soy el administrador/albacea del difunto y he incluido las cartas testamentarias. | ☐ El tribunal no designó a ningún administrador/ albacea y soy el pariente más cercano. |
|--|--|

ESPECIFIQUE LA RELACIÓN CON EL DIFUNTO

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

HORA

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL ASIGNADO DEL PACIENTE (SI CORRESPONDE)

FECHA

HORA

RELACIÓN CON EL PACIENTE (SI CORRESPONDE)

Usted ha recibido esta información de los registros en donde la confidencialidad está protegida por la ley federal. Los reglamentos federales (parte 2 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales) prohíben la divulgación posterior de esta información sin el consentimiento escrito específico de la persona a quien le pertenece dicha información o según lo permitan dichos reglamentos. Una fotocopia tendrá el mismo efecto que el original.

Esta autorización está sujeta a revocación en cualquier momento con excepción y hasta el grado en que ya se haya actuado al respecto. Todas las peticiones de revocación deberán hacerse por escrito al Departamento de Administración de Información de Salud. Esta autorización vencerá una vez que esta información se haya divulgado para el fin mencionado arriba ó a los 180 días (seis meses) de la fecha de la firma, lo que ocurra primero.

Uso interno exclusivo: ☐ Registros revisados ☐ Copias entregadas