

Salud Family Health Centers
Medical Records Department
P.O. Box 189
Frederick, CO 80530
Phone: 303-820-4700
Fax: 303-227-6426

Release of Health Information Authorization

Patient Name _____ Maiden Name _____ SS# _____

Date of Birth _____ Home Phone _____ Cell/Work _____

Address _____ City/State/Zip _____

Email Address: _____

A) I hereby authorize information FROM:

Name _____

Address _____

City/State/Zip _____

Phone# _____ Fax# _____

B) To be released TO: Bi-directional communication

Name _____

Address _____

City/State/Zip _____

Phone# _____ FAX# _____

C) For the purpose of:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Litigation | <input type="checkbox"/> Disability |
| <input type="checkbox"/> Insurance | <input type="checkbox"/> Work Comp |
| <input type="checkbox"/> Self/Personal Copy | <input type="checkbox"/> Care Management |
| <input type="checkbox"/> Transfer or Continuity of Care | <input type="checkbox"/> Other |

Record Type

Date Range: _____ to _____	
<input type="checkbox"/> Verbal Communication	<input type="checkbox"/> Immunizations
<input type="checkbox"/> Physician Office Notes	<input type="checkbox"/> Cardiology/EKG Reports
<input type="checkbox"/> Medical Summary	<input type="checkbox"/> Lab/Path Reports
<input type="checkbox"/> Operative/Procedure Reports	<input type="checkbox"/> Radiology/XRay/MRI Reports
<input type="checkbox"/> Billing/Payment Records	<input type="checkbox"/> Dental Records
<input type="checkbox"/> Behavioral Health Records	<input type="checkbox"/> Other _____

I understand that authorizing the disclosure of this health information is voluntary. I can refuse to sign this authorization. I need not sign this form in order to assure treatment. I understand that any disclosure of information carries with it the potential for an unauthorized re-disclosure and the information may not be protected by federal confidentiality rules. If I have questions about disclosure of my health information, I can contact the authorized individual or organization making disclosure.

I understand that the information in my medical record may include information relating to sexually transmitted disease, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), or human immunodeficiency virus (HIV). It may also include information about behavioral or mental health services, and treatment for alcohol and drug abuse.

I understand that I have a right to revoke this authorization at any time. I understand that if I revoke this authorization, I must do so in writing and present my written revocation to the Medical Records Department. I understand that the revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization. I understand that the revocation will not apply to my insurance company when the law provides my insurer with the right to contest a claim under my policy.

I have read the information provided on this release form and do hereby acknowledge that I am familiar with and fully understand the terms and conditions of this authorization.

(Date)

(Signature of Patient/Parent/Guardian or Authorized Representative)

****Subject to Fees**

This authorization will expire one year from the above date unless I specify an expiration date: _____
(Expiration date of authorization)

***PLEASE READ Fee information:** Salud Family Health Centers contracts with DataFile Technologies to copy and provide all records requested from our office. In the case of continuity of care or personal copy to patient, we may transfer a minimal portion of your records (up to 20 pages) as a courtesy for free. We reserve the right to charge the medical record state fee structure as set forth in the state statute for larger requests, requests for older records or to specific requestors. Copy charges plus postage will be invoiced to you from DataFile Technologies, LLC with all of the necessary directions to receive your records. By signing this authorization, you are agreeing to pay DataFile Technologies for your records. DataFile Technologies will fulfill all requests within 24-72 hours once payment is received.

Autorización Para Entrega de Documentos Médicos

Nombre del paciente _____ Apellido de soltero(a) _____ SS# _____

Fecha de nacimiento _____ Teléfono de casa _____ Celular/Trabajo _____

Dirección _____ Ciudad/Estado/Código _____

Correo electrónico: _____

A) Por este medio autorizo que los expedientes DE:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código _____

Teléfono# _____ Fax# _____

B) Sean enviados a: Comunicación Bidireccional

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código _____

Teléfono# _____ Fax# _____

C) Se hace este pedido por la/s siguiente/s razón/es:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| _____ Litigio | _____ Discapacidad |
| _____ Seguro médico | _____ Compensación para trabajadores |
| _____ Copia personal | _____ Coordinación de Recursos |
| _____ Continuidad del tratamiento/Transferencia del tratamiento | |
| _____ Otro | |

Tipo de expediente

Período de _____	a _____
<input type="checkbox"/> Comunicación Verbal	<input type="checkbox"/> Vacunas
<input type="checkbox"/> Notas del médico	<input type="checkbox"/> Cardiología/EKG
<input type="checkbox"/> Resumen Medico	<input type="checkbox"/> Reportes de laboratorio/patología
<input type="checkbox"/> Reportes de procedimientos operatorios	<input type="checkbox"/> Reportes de Radiología/Rayos X/MRI
<input type="checkbox"/> Registros contables	<input type="checkbox"/> Expedientes de servicios dentales
<input type="checkbox"/> Tratamiento mental	<input type="checkbox"/> Otro _____

Entiendo que autorizo de manera voluntaria que se comparta mi información sobre salud. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para recibir tratamiento. Entiendo que cualquier distribución de información implica potencialmente otro envío autorizado que no esté necesariamente protegido por reglas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas respecto al envío de información sobre mi salud, puedo ponerme en contacto con el individuo y organización responsable por el envío.

Estoy al tanto de que mi expediente médico puede incluir información relacionada con enfermedades transmitidas sexualmente, el síndrome de inmunodeficiencia adquirido (SIDA) o el virus humano de inmunodeficiencia (VIH). El expediente médico también puede incluir información sobre servicios de salud mental y el tratamiento para abuso de alcohol o drogas.

Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar la revocación al Departamento de Expedientes Médicos (Medical Records Department). Entiendo que la revocación no se aplicará a información que ya ha sido distribuida con base en esta autorización o a mi compañía de seguros cuando la ley le garantiza a mi asegurador el derecho a impugnar un pedido basado en mi póliza de seguros.

He leído la información en este formulario de envío y por este medio reconozco que me he familiarizado y entiendo en su totalidad los términos y condiciones de esta autorización.

_____ ****Sujeto a pago**
 (Fecha) (Firma del paciente/padre/guardián o representante autorizado)

Esta autorización expirará en un año de la fecha arriba indicada a menos que yo especifique otra fecha _____.
 (Expiración de la fecha de autorización)

****Por favor lea Información de costos:** Salud Family Health Centers tiene un contrato con DataFile Technologies para proveer todos los documentos médicos que se pidan a través de nuestra oficina. Cuando desea una copia personal o para la continuidad de su atención, podemos transferir una porción mínima de su expediente (hasta 20 páginas), sin costo. Nos reservamos el derecho a establecer los costos determinados por el estado de Colorado. Datafile Technologies, LLC le enviará la cuenta correspondiente al número de copias y estampillado, al igual que todas las instrucciones necesarias para recibir sus documentos. Al firmar esta autorización, usted accede a pagar a DataFile Technologies por sus documentos. DataFile Technologies, LLC cumplirá con su pedido entre 24 a 72 horas después de que hayan recibido su pago.