

Health Information Release

Salud Family Health Centers P.O BOX 189 Frederick, CO 80530 Fax:303-227-6426

You may be charged for your records to be released. Please see Fee Information on the back of this page.

Patient Information:

Last Name:	First:	Middle:
Other Names Used:	DOB:	SS#:
Address:	City/State/Zip:	
Home Phone:	Cell/Work Phone:	
Email Address:		

I am authorizing health information to be sent **TO:**

Individual/Company/Agency/Facility:

Name:	
Address:	
City/State:	
Phone:	Fax:

I am authorizing health information be released **FROM:**

Individual/Company/Agency/Facility:

Name:	
Address:	
City/State:	
Phone:	Fax:

At this time, I am requesting that the following action be taken with my health records:

Provide a paper copy Share my information verbally only

Purpose of Request:

Personal Transfer Care Continuity Care/Referral Disability Worker's Compensation Care Management Payment Litigation
 Other _____

Information Authorized:

I hereby authorize the release of the following information indicated below:

Date Range From: _____ To: _____

Physician Office Notes Cardiology/EKG Reports Medical Summary Lab/Pathology Reports Operative/Procedure Reports

Radiology Reports (CT/MRI/X-RAY/Ultrasound) Billing/Payment Records Dental Records

Other _____

Behavioral Health Records-General Psychotherapy Notes Substance Use Records

(please describe in detail records to be released) _____

*Please note-Behavioral Health, Psychotherapy and Substance Abuse Records will only be released if these are specifically selected above and approved for release by the provider.

Authorization:

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, payment or enrollment or eligibility for benefits from Salud. 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 privacy and/or 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), and human immunodeficiency virus (HIV), through Salud's general provision of health care. 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.

Expiration:

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. This authorization will expire two (2) years from the signature date unless I specify a sooner expiration date.

Expiration Date: _____

Date: _____ Signature: _____

Patient Parent/Guardian Authorized Representative (please describe authority to act for patient: _____)

Fee Information:

PLEASE READ Fee information: Salud contracts with DataFile Technologies to copy and provide all records requested from our office. In the case of personal copies or transfers, DataFile will charge between \$15 and \$25 depending on the number of pages in the request. We reserve the right to charge the medical record state fee structure as set forth in the state statute for personal copies and for other 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. Ask the front desk about using the Patient Portal to obtain some records such as labs and diagnostic imaging reports at no cost.

Instructions for Front of Form:

Person/Company/Agency/Facility: In the first box, please list the correct information for the person, company, agency, or facility you are requesting receive your records. In the second box, please list the correct information for the person, company, agency, or facility you are requesting to have your records sent to.

Release paper records or verbally share information – These check box indicate how you would like your health records shared. By selecting “Provide a paper copy”, a physical copy of your records will be released to the company/agency/facility listed in the previous section. If you select “Share my information verbally”, you are only granting permission for the two entities or persons listed above to speak about your records. No paper records will be shared if this box is selected.

Purpose of Request: Indicate the reason for releasing the health information. Checking these boxes will assist us in tracking, assigning priority and who may be responsible for the cost of records (as appropriate).

Personal: You are requesting a copy of your records for yourself. You can access and print these records for free using the MySalud Online patient portal.

Transfer of Care: You no longer wish to continue your health care with Salud and are requesting to have your records transferred to another healthcare provider, or you are becoming a Salud patient and wish to have your records released to us.

Continuity of Care/Referral: You or your provider have referred you for care that cannot be provided by Salud such as specialty care or hospital care.

Disability: You are requesting records to be given to the state for your disability application, case, or renewal.

You are requesting records that are only related to work injuries to be sent to your Workman’s Comp agent or representative.

Care Management: You are involved with a Care Manager at our organization and you need records sent to another organization.

Payment: You are requesting copies of the payments that you made to Salud for care.

Litigation: You are requesting for your records to be released to law firm or legal department for personal legal matters.

Other: You are requesting records for something other than the options above. Cost for this request to be determined.

Information Authorized: Please indicate the Date Range for the records that you are requesting. Also indicate what kind of records you are requesting by checking the appropriate box(es).

If you are requesting ALL of your records, please select “Other” and write ALL in the space provided. Please Note-Behavioral Health and Substance Abuse must be specifically checked if you want those records released as well.

Fee Information: Please read this section in its entirety. It has important information regarding the guidelines for charges associated with releasing your records.

Patients can access some records such as labs, diagnostic imaging and provider notes at no cost through the MySalud Online Patient Portal. Please speak with an employee at the front desk for more details.

Authorization: This paragraph has detailed information regarding what you are authorizing when you complete and sign this request for records.

Expiration: This paragraph confirms that you read and understand our policies and guidelines regarding your request. It also informs you that this request is only valid for two (2) years unless you specify an earlier date.

Divulgación de la Información Médica

Salud Family Health Centers P.O BOX 189 Frederick, CO 80530 Fax: 303-227-6426

**** Puede que tenga que pagar para la divulgación de su información médica. Por favor vea la información sobre las tarifas en la parte de atrás de esta página.**

Información del paciente:

Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:
Otros nombres que ha usado:	Fecha de nacimiento:	Seguro Social:
Dirección:	Ciudad/Estado/Código Postal:	
Teléfono de casa:	Celular/Teléfono del trabajo:	
Correo electrónico:		

Yo autorizo que se divulgue información médica **A:**

Individuo/Compañía/Agencia/Servicios:

Nombre:	
Dirección:	
Ciudad/Estado:	
Teléfono:	Fax:

Yo autorizo que se divulgue información médica **DE:**

Individuo/Compañía/Agencia/Servicios:

Nombre:	
Dirección:	
Ciudad/Estado:	
Teléfono:	Fax:

En este momento, solicito que se tomen las siguientes acciones con mi información médica:

- Proporcionar una copia en papel Solo compartir mi información oralmente

Propósito de la solicitud :

- Personal Traslado de la atención médica Continuidad de la atención/Remisión Discapacidad Compensación Laboral Coordinación de la atención Pago Litigio
- Otro _____

Información autorizada:

Por la presente autorizo la divulgación de la información que se indica a continuación:
 Intervalo de tiempo desde: _____ hasta: _____

Notas del consultorio médico Reportes de Cardiología/ECG Resumen Médico Reportes de Lab/anatomopatológicos

Reportes Operativos /de procedimientos Reportes de Radiología (Tomografía/Resonancia Magnética/Rayos X/Ultrasonido)

Facturación/Información de pago Historia Dental Historia de Salud Mental- General Notas de Psicoterapia

Historia de Consumo de Drogas (Por favor, describa en detalle los documentos que desea divulgar) _____

Otros _____

*Por favor, tenga en cuenta que las Historias de Salud Mental, Consumo de Drogas y las Notas de Psicoterapia solo serán divulgadas si están específicamente marcadas en este formulario.

Autorización:

Yo comprendo que autorizar la divulgación de esta información es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para garantizar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad de los beneficios de Salud. Comprendo que cualquier divulgación de información implica una potencial redivulgación no autorizada y la información podría no estar protegida por las reglas federales de privacidad y/o confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme con el individuo u organización que realiza la divulgación. Comprendo que, al recibir atención médica general en Salud, la información en mi historia médica puede incluir información relativa a enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Comprendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al departamento de Registros Médicos. Comprendo que la revocación no cubre la información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho de impugnar una reclamación bajo mi póliza.

Vencimiento:

He leído la información proporcionada en este formulario de autorización y, por la presente, reconozco que conozco los términos y condiciones de esta autorización. Esta autorización vencerá dos (2) años después de la fecha de la firma, a menos que yo especifique una fecha de vencimiento diferente.

Fecha de Vencimiento : _____

Fecha: _____ Firma: _____

- Paciente Padre/Tutor legal Representante Autorizado (por favor describa el tipo de autoridad que tiene para actuar en nombre del paciente):
- _____

Información de las tarifas:

*POR FAVOR LEA la información de las tarifas: Salud contrata a la compañía DataFile Technologies para copiar y proporcionar todos los registros solicitados de nuestra oficina. En el caso de copias o transferencias personales, DataFile cobrará entre \$ 15 y \$ 25 dependiendo del número de páginas solicitado. Nos reservamos el derecho de cobrar por las historias clínicas según el esquema de tarifas del Estado como se establece en el estatuto del Estado para copias personales y para otros solicitantes. DataFile Technologies, LLC le enviará una factura por el costo de las copias, más el envío, con todas las instrucciones necesarias para obtener sus registros. Al firmar esta autorización, usted acepta pagarle a DataFile Technologies por sus registros. DataFile Technologies cumplirá con todas las solicitudes en un plazo de 24 a 72 horas una vez que haya recibido el pago. Pregunte en la recepción sobre el uso del portal del paciente para obtener sin costo algunos registros tales como informes de laboratorio y diagnósticos por la imagen.

Instrucciones para llenar la parte delantera de este formulario:

Persona/Compañía/Agencia/Servicios: En el primer recuadro, por favor escriba la información correcta para la persona, compañía, agencia o servicio que está solicitando sus registros. En el segundo recuadro, por favor escriba la información correcta de la persona, compañía, agencia o servicio al que usted quiere que se le envíe la información.

Divulgar los registros en papel o compartir información oralmente. – Este recuadro indica cómo usted quiere que su información médica sea compartida. Al seleccionar la casilla “proporcionar una copia en papel”, se divulgará una copia física de sus registros a la compañía, agencia, servicio que usted haya especificado en la sección previa. Si usted selecciona “Solo compartir mi información oralmente”, usted solo está autorizando a las dos entidades o personas que usted especificó previamente a que hablen sobre sus registros. No se compartirán en papel si usted selecciona esta casilla.

Propósito de la solicitud: Especifica la razón por la que se divulga la información médica. Marcar estas casillas nos ayuda a rastrear, asignar prioridad y determinar quién sería responsable del costo de los registros (según corresponda).

Personal: Usted está solicitando una copia de sus registros para usted mismo. Usted puede obtener e imprimir estos registros gratuitamente en el portal del paciente MySalud Online.

Traslado de la atención médica: Usted ya no quiere recibir atención médica en Salud y está solicitando que sus registros sean trasladados a otro proveedor de atención médica; o usted se ha vuelto un paciente de Salud y quiere que sus registros sean compartidos con nosotros.

Continuidad de la atención/Remisión: Usted o su proveedor lo ha remitido para recibir atención que no puede ser proporcionada por Salud como por ejemplo atención especializada o cuidados paliativos.

Discapacidad: Usted está solicitando que se le den sus registros al Estado para que formen parte de su solicitud de discapacidad, su caso o su renovación. Usted está solicitando que se le envíe, a su agente o representante de compensación del trabajador, copias de registros relacionados solamente con lesiones laborales.

Coordinación de la atención: Usted tiene un coordinador de recursos en nuestra organización y necesita que sus registros sean enviados a otra organización.

Pago: Usted está solicitando copia de los pagos que usted ha hecho por la atención médica en Salud.

Litigio: Usted está solicitando que sus registros sean compartidos con una firma de abogados o departamento legal para asuntos legales personales.

Otro: Usted está solicitando registros para algo diferente a las opciones presentadas. El costo de esta solicitud debe ser establecido.

Información Autorizada: Indique el intervalo de fechas para los registros que está solicitando. También indique qué tipo de registros está solicitando marcando las casillas correspondientes.

Si usted está solicitando todos sus registros, por favor seleccione “Otro” y escriba la palabra TODOS en el espacio proporcionado. Por favor tenga en cuenta que debe marcar las casillas de Salud Mental y Consumo de Drogas si quiere que se divulguen esos registros también.

Información de las tarifas: Por favor lea esta sección en su totalidad. Contiene información importante sobre las tarifas de pago por la divulgación de sus registros. Los pacientes pueden tener acceso a algunos registros, como por ejemplo resultados de laboratorio, diagnósticos por la imagen y notas de los proveedores, sin costo alguno, a través del portal del paciente MySalud Online. Por favor hable con un empleado de la recepción para más detalles.

Autorización: Este párrafo contiene información detallada sobre lo que usted está autorizando cuando llena y firma esta solicitud de registros.

Vencimiento: Este párrafo confirma que usted leyó y comprendió nuestras políticas y pautas con respecto a su solicitud. También le informa que esta solicitud solo es válida por dos (2) años a menos que especifique una fecha diferente.