

**THIS FORM MUST BE COMPLETED IN THE ENTIRETY
BY THE PATIENT OR THE PATIENT'S AUTHORIZED REPRESENTATIVE**

**EL PACIENTE O EL REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL PACIENTE
DEBE LLENAR ESTE FORMULARIO EN SU TOTALIDAD.**



**AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)**

Patient Name / Nombre del/de la paciente	
Maiden or other name(s) / Apellido de soltera u otro(s) nombre(s)	
Date of Birth / Fecha de nacimiento	Phone Number / Número de teléfono
Email address / Dirección de correo electrónico	
Address / Dirección	

1. Provider Making the Use or Disclosure: I authorize the below Provider(s) (referred to as "Health Care Provider") to release my/the patient's individually identifiable health information as described below in Section 3.

Proveedor que usará o divulgará la información: Autorizo al (a los) proveedor(es) a continuación (en lo sucesivo, "proveedor de atención médica") a divulgar mi información médica identificable personalmente (o la del paciente) como se describe en la Sección 3 a continuación.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bethesda Arrow Springs | <input type="checkbox"/> Good Samaritan Hospital | <input type="checkbox"/> TriHealth Physician Practices
(including Group Health and Queen City Physicians) |
| <input type="checkbox"/> Bethesda Butler Hospital | <input type="checkbox"/> Good Samaritan Glenway | (incluye Group Health y Queen City Physicians) |
| <input type="checkbox"/> Bethesda Family Practice | <input type="checkbox"/> Good Samaritan Western Ridge | |
| <input type="checkbox"/> Bethesda Hand Rehabilitation | <input type="checkbox"/> McCullough-Hyde Memorial Hospital | |
| <input type="checkbox"/> Bethesda North Hospital | <input type="checkbox"/> TriHealth Evendale Hospital | |

Provider / Proveedor

Location / Ubicación

2. Recipient of the Information: I authorize the Health Care Provider to release the information described in this release to:

Destinatario de la información: Autorizo al proveedor de atención médica a divulgar la información descrita en esta autorización a: SELF / PACIENTE

Name / Nombre

Phone / Teléfono

Fax

Street Address / Dirección física

City/ST/Zip - Ciudad/Estado/Código postal

Secure Email Address / Dirección de correo electrónico seguro

Preferred method of delivery / Método de envío que prefiere:

- Print Fax Secure Email Electronic media (CD or flash drive)
Impreso Fax Correo electrónico seguro Medio electrónico (disco compacto o unidad flash)

MyChart

Mi gráfico

3. **Type of Information to be released:** Describe the type of information that you want to be disclosed pursuant to this Authorization.

Tipo de información que será divulgada: Describa el tipo de información que desea que se divulgue conforme a esta Autorización.

- Billing Records Hospital Medical Records Physician Office Notes
Registros de facturación Registros médicos del hospital Notas del consultorio médico

Date(s) of Treatment (Please DO NOT leave blank) / Fecha(s) de tratamiento (NO deje este espacio en blanco):

PHI to be released / Información médica protegida (PHI) que será divulgada:

- Test Results (Lab and Imaging) Abstract of Health Entire Encounter
Resultados de pruebas (laboratorio e imágenes) Resumen médico La visita completa
 Other/ Otra: _____

Further, I authorize the release of any information contained in the above records concerning treatment of drug or alcohol abuse, drug-related conditions, alcoholism and/or Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) and/or testing for antibodies to the AIDS virus (HIV) and/or psychiatric/psychological conditions and/or psychiatric/mental health treatment.

Además, autorizo la divulgación de información contenida en los registros indicados arriba relacionada con el tratamiento por abuso de alcohol o sustancias, afecciones relacionadas con el uso de drogas, alcoholismo y/o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y/o pruebas de anticuerpos del virus del SIDA (VIH) y/o afecciones psiquiátricas/psicológicas, y/o tratamiento psiquiátrico/de salud mental.

4. **Your Refusal to Sign this Authorization:** The Health Care Provider may not condition treatment on whether or not you sign this Authorization. If you refuse to sign this Authorization the Health Care Provider will not withhold treatment from you and will not release the information to the person or organization specified above.

Su negativa a firmar esta Autorización: El proveedor de atención médica no puede condicionar el tratamiento basándose en si firma o no esta Autorización. Si se niega a firmar esta Autorización, el proveedor de atención médica no le retirará el tratamiento y no divulgará la información a la persona o a la organización especificadas arriba.

5. **Purpose for the Use or Disclosure:** The purpose for the disclosure is at the patient's request (if the request is initiated by the patient) or one or more of the following reasons: **CHECK ALL THAT APPLY**

Propósito del uso o divulgación: El propósito de la divulgación es a petición del paciente (si la solicitud es presentada por el paciente): **MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN**

- Lawsuit/Legal Preparation Applying for disability Applying for insurance
Demanda/Preparación legal Solicitud por discapacidad Solicitud para el seguro

Other / Otra: _____

6. **Oral Communications:** I understand that this Authorization allows the Health Care Provider (and its team members) to discuss my individually identifiable health information described herein with the recipient of the information.

**THIS FORM MUST BE COMPLETED IN THE ENTIRETY
BY THE PATIENT OR THE PATIENT'S AUTHORIZED REPRESENTATIVE**

**EL PACIENTE O EL REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL PACIENTE
DEBE LLENAR ESTE FORMULARIO EN SU TOTALIDAD.**

Comunicaciones verbales: Comprendo que esta Autorización permite que el proveedor de atención médica (y los miembros de su equipo) hablen de mi información médica identificable personalmente descrita en este documento con el destinatario de la información.

7. **Re-disclosure:** I understand that the information used and/or disclosed pursuant to this Authorization may be re-disclosed by the recipient of the information and may no longer be protected by Federal Law. However, if the information disclosed pursuant to this Authorization includes alcohol or drug treatment records, the person(s) receiving such disclosure is hereby notified that this information has been disclosed from records protected by Federal confidentiality rules (42 CFR part 2). The Federal rules prohibit such person(s) from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the patient to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR part 2. A general authorization for the release of medical or other information is NOT enough for this purpose. The Federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient. If the information disclosed pursuant to this Authorization includes the identity of an individual on whom an HIV test is performed, HIV test results or AIDS-related treatment information, the person(s) receiving such disclosure is hereby notified that this information has been disclosed from confidential records protected from disclosure by Ohio law. Ohio law prohibits such person(s) from making any further disclosure of this information without the specific, written, and informed release of the patient to whom it pertains, or as otherwise permitted by Ohio Law. A General authorization for the release of medical or other information is not sufficient for the purpose of the release of HIV test results or diagnoses.

Divulgación posterior: Comprendo que el destinatario de la información utilizada y/o divulgada conforme a esta Autorización puede volver a divulgarla, y que esta podrá dejar de estar protegida por las leyes federales. Sin embargo, si la información divulgada conforme a esta Autorización incluye registros de tratamiento contra el alcohol y las drogas, se le notifica a la(s) persona(s) que recibe(n) dicha divulgación que esa información ha sido divulgada de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR), Parte 2). Las normas federales prohíben que dicha(s) persona(s) realice(n) una divulgación posterior de esta información, a menos que se permita esa divulgación posterior expresamente mediante el consentimiento escrito del paciente al que pertenezca o como permita de alguna otra forma el Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR), Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica y de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar penalmente o denunciar a cualquier paciente que abuse del alcohol o las drogas. Si la información divulgada conforme a esta Autorización incluye la identidad de una persona a la que se ha realizado una prueba de VIH, los resultados de esa prueba o la información relacionada con el tratamiento para el SIDA, se notifica mediante este documento a la(s) personas que recibe(n) dicha divulgación que esa información ha sido divulgada de registros confidenciales protegidos contra la divulgación por las leyes de Ohio. Las leyes de Ohio prohíben que dicha(s) persona(s) realice(n) cualquier divulgación posterior de esta información sin la liberación específica, por escrito e informada por parte del paciente a quien pertenezca o como permitan de alguna otra forma las leyes de Ohio. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para el propósito de liberar resultados de pruebas o diagnósticos de VIH.

8. **Revocation:** I understand that I may revoke this Authorization at any time by notifying the Health Care Provider in writing by sending a letter to the attention of the Manager of Medical Records Department at the Health Care Providers mailing address. I understand that if I revoke this Authorization, it will not affect any actions that the Health Care Provider took before it received by revocation letter.

Revocación: Comprendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento si notifico al proveedor de atención médica por escrito mediante el envío de una carta dirigida al administrador del Departamento de Registros Médicos a la dirección postal del proveedor de atención médica. Comprendo que, si revoco esta Autorización, no se afectará ninguna medida que haya podido tomar el proveedor de atención médica antes de recibir la carta de revocación.

9. **Expiration:** This Authorization will expire one year after the date below, or sooner by choice, in which case this Authorization will expire on: _____ (If applicable, insert date of the foregoing line. Note: You may not indicate that there is no expiration; for example, the words “does not expire” or “no expiration” or “none” are not acceptable). However, if the records to be used or disclosed pursuant to this Authorization concern psychiatric, psychological and/or mental health treatment, this Authorization will expire 90 days after the date below, or sooner by choice in which case this Authorization will expire on _____ (If applicable, insert date on the foregoing line. Note: You may not indicate that there is no expirations; for example, the words, “does not expire: or “no expiration: or “none” are not acceptable).

Vencimiento: Esta Autorización vencerá un año después de la fecha que se indica a continuación, o antes si así se decide, en cuyo caso esta Autorización vencerá el: _____ (Si procede, escriba la fecha en la línea anterior). Nota: No podrá indicar que no hay fecha de vencimiento. Por ejemplo, no son aceptables expresiones como "no vence", "sin fecha de vencimiento" o "ninguna"). Sin embargo, si los registros que se van a utilizar o divulgar conforme a esta Autorización tienen que ver con tratamiento psiquiátrico, psicológico y/o de salud mental, esta Autorización vencerá 90 días después de la fecha que se indica a continuación, o antes si así se decide, en cuyo caso esta Autorización vencerá el _____ (Si procede, escriba la fecha en la línea anterior. Nota: No podrá indicar que no hay fecha de vencimiento. Por ejemplo, no son aceptables expresiones como “no vence”, “sin fecha de vencimiento” o “ninguna”).

SIGNATURE OF PATIENT OR PATIENT’S REPRESENTATIVE
FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE DEL PACIENTE

DATE
FECHA

Printed name of patient’s representative, if applicable
Nombre del representante del paciente, en letra de molde, si corresponde

Relationship to patient / Relación con el paciente:

Parent *Legal Guardian Other _____
Padre o madre *Tutor legal Otro _____

*Legal documentation of Representative’s authority must accompany this Authorization.

*Esta Autorización debe ir acompañada de la documentación legal de la autoridad del representante.

Please note that there may be a charge to copy records.
Tenga en cuenta que podría haber un cargo por copiar los registros.

The Health Care Provider may use a copy service and it may bill you directly.
El proveedor de atención médica puede utilizar un servicio de copias y se le podrá facturar directamente.