Banner Health®

AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION

I authorize _____ **to disclose the following information from the health record of:**

PATIENT INFORMATION

Patient Name _____ Date of Birth _____ MR# _____

Address _____ Phone Number _____

City _____ State _____ Zip _____

Electronic Request: ❑ E-mail ❑ CD **Paper** Request: ❑

Email Address for record delivery

INFORMATION REQUESTED

Service Dates

From: _____

To: _____

❑ All Pertinent Records (includes those listed below)
- ❑ Allergies
- ❑ Consultation
- ❑ Discharge Summary
- ❑ ER Report
- ❑ EKG Report
- ❑ History & Physical
- ❑ Laboratory
- ❑ Medication List
- ❑ Operative Report
- ❑ Pathology Report
- ❑ Problem List
- ❑ X-Ray Reports

❑ Discharge Instructions (E-mail only)
❑ Assessment(s)
❑ X-ray Image(s) _____
❑ Billing Record
❑ Photos
❑ Behavioral Health/Psychiatric Care Record
❑ Screening and/or Treatment of Alcohol and/or Substance Abuse
❑ Genetic Testing
❑ Entire Official Patient Medical Record
❑ Specify: _____

Home Care/Hospice Records
❑ Clinical Assessment(s)
❑ Clinical Evaluation(s)
❑ Continuation Orders
❑ Plan of Care
❑ Visit Notes
❑ Itemized Billing Statement
❑ Specify: _____

PURPOSE

❑ Self ❑ Continuing Medical Care ❑ Other (specify reason) _____

INFORMATION to be VIEWED BY or GIVEN TO

Company, Person, Facility _____ Phone Number _____

Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____

I understand that information in my health record may include information relating to Sexually Transmitted Disease, Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), Human Immunodeficiency Virus (HIV) and other communicable diseases, Behavioral Health Care/ Psychiatric Care, treatment of alcohol and/or drug abuse and genetic testing; my signature authorizes release of any such information.

I may refuse to sign this authorization form. I understand that Banner Health will not condition or deny treatment on my signing this authorization.

I understand that I may revoke this authorization at any time, except to the extent that action based on this authorization has already been taken. Banner Health's Notice of Privacy Practices explains the process for revocation, which includes a request in writing.

Unless I revoke this authorization earlier, **it will expire 6 months from the date signed** or as specified: _____ .

I understand that, if this information is disclosed to a third party, the information may no longer be protected by state, federal regulations and may be re-disclosed by the person or organization that receives the information.

I release Banner Health, its employees and agents, medical staff members, and business associates from any legal responsibility or liability for the disclosure of the above information to the extent indicated and authorized herein.

Signature of Patient _____ Date _____

In requesting the medical records as the designated agent, in signing below, I attest to the continuing inability of the above patient to make or communicate health care decisions.

Signature of Legal Representative _____ Relationship to Patient **or** Description of Authority to Act for Patient _____

For Healthcare Use Only

Employee completed/reviewed form with patient: _____ **ID verified:** _____

Date Received: _____ **Date Sent:** _____ **Processor:** _____

Records Picked Up By: _____ Date: _____

Banner Health®

AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION

Yo autorizo a _____ a divulgar la siguiente información del archivo médico de:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Archivo clínico N.° _____

Dirección _____ Número de teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Solicitud **electrónica:** ❑ Correo electrónico: ❑ Farmacodependencia Solicitud **impresa:** ❑

Correo electrónico para envío de archivo

INFORMACIÓN SOLICITADA

Fechas de servicios

Desde: _____

Hasta: _____

❑ Todos los archivos pertinentes (incluye los que se indican a continuación)
- ❑ Alergias
- ❑ Consulta
- ❑ Resumen del alta
- ❑ Informe de Sala de Urgencias
- ❑ Informe de ECG
- ❑ Antecedentes y examen físico
- ❑ Laboratorio
- ❑ Lista de medicamentos
- ❑ Informe de operaciones
- ❑ Informe de patología
- ❑ Lista de problemas
- ❑ Informes de radiografías

- ❑ Instrucciones para el alta (sólo por correo electrónico)
- ❑ Evaluación(es)
- ❑ Radiografías _____
- ❑ Registro de facturación
- ❑ Fotografías
- ❑ Salud mental/Archivo clínico de atención psiquiátrica
- ❑ Evaluación o tratamiento para el abuso de alcohol o drogas
- ❑ Pruebas genéticas
- ❑ Archivo clínico completo oficial del paciente
- ❑ Especifique: _____

Registros de cuidados paliativos/ en el hogar
- ❑ Examen(es) clínicas
- ❑ Evaluación(es) clínicas
- ❑ Indicaciones de seguimiento
- ❑ Plan de cuidados
- ❑ Notas de visitas
- ❑ Estados de cuenta de facturación detallados
- ❑ Especifique: _____ _____

FINALIDAD

❑ Paciente ❑ Continuación de la atención médica ❑ Otro (especifique la razón): _____

INFORMACIÓN para ser VISTA POR o ENTREGADA A

Compañía, persona, establecimiento _____ Número de teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Comprendo que la información en mi archivo clínico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y otras enfermedades contagiosas, atención de salud mental o atención psiquiátrica, tratamiento para el abuso de alcohol y drogas, y pruebas genéticas, mi firma autoriza la divulgación de toda esa información.

Puedo rehusarme a firmar este formulario de autorización. Comprendo que Banner Health no condicionará ni denegará tratamiento basándose en la firma de esta autorización.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto con respecto a las acciones que ya se hayan realizado basándose en esta autorización. El Aviso de prácticas de privacidad de Banner Health explica el proceso de revocación, que incluye una solicitud por escrito.

Esta autorización **vencerá a los 6 meses de la fecha en que se haya firmado**, a menos que la revoque antes o según se especifique. _____

Entiendo que, si esta información se divulga a un tercero, es posible que ya no esté protegida por las normas federales o estatales y que la persona u organización que reciba la información puede volver a divulgarla.

Eximo a Banner Health, sus empleados y representantes, miembros del personal médico y socios comerciales de toda responsabilidad legal o civil por la divulgación de la información anterior en la medida que se indica y autoriza en este documento.

Firma del paciente _____ Fecha _____

En solicitud de los archivos clínicos como el agente designado, al firmar a continuación, doy fe de la incapacidad persistente del paciente nombrado anteriormente para hacer o comunicar decisiones de atención médica.

Firma del representante legal _____ Relación con el paciente o descripción de la autoridad para actuar en nombre del paciente _____

Para uso exclusivo de atención médica

El empleado completó o revisó el formulario con el paciente: _____ **Identidad verificada:** _____

Fecha de recepción: _____ **Fecha de envío:** _____ **Procesador:** _____

Archivos retirados por: _____ Fecha: _____