

Haywood Regional Medical Center

For Office Use Only:

HIM Verified Time: _____ By: _____

D.Lic #: _____

Imaging Verified Time: _____ By: _____

AUTHORIZATION / REQUISTION (circle one) FOR RELEASE OF INFORMATION

SECTION A: (This section to be completed by the patient)

Patient Name: _____ Medical Record# _____ Visit ID: _____

Patient Address: _____ Date of birth: _____

City, State, Zip Code: _____ Telephone#: _____

Encounter Date(s) to be released: _____

List the specific information that is authorized for disclosure: _____

- | | | | | | |
|--|---------------------------------------|--|--|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anesthesia | <input type="checkbox"/> Consultation | <input type="checkbox"/> Discharge Sum | <input type="checkbox"/> EKG s | <input type="checkbox"/> Emergency | <input type="checkbox"/> Facesheet |
| <input type="checkbox"/> History/Phys | <input type="checkbox"/> Imaging Rpts | <input type="checkbox"/> Laboratory | <input type="checkbox"/> Medication | <input type="checkbox"/> Nursing | <input type="checkbox"/> Surgery/Proc |
| <input type="checkbox"/> Orders | <input type="checkbox"/> Imaging CD | <input type="checkbox"/> Pathology | <input type="checkbox"/> Progress Nts | <input type="checkbox"/> Billing Rec | <input type="checkbox"/> UB04 |
| <input type="checkbox"/> Itemized Bill | <input type="checkbox"/> Outpatient | <input type="checkbox"/> Acct of Discl | <input type="checkbox"/> Entire Record | <input type="checkbox"/> Other | <input type="checkbox"/> _____ |

Name of Recipient: Enter the name/address/city/state/zip code and phone number of which the information can be released to: _____

Describe the purpose / reason for this request _____

SECTION B: (Patient must read and complete information in this section)

I hereby authorize **Haywood Regional Medical Center** to use/disclose my individually identifiable health information in the manner described within this authorization.

NO INFORMATION ABOUT ALCOHOL/SUBSTANCE ABUSE, HIV/AIDS OR MENTAL HEALTH WILL BE DISCLOSED UNLESS YOU SIGN HERE:

PATIENT/REPRESENTATIVE SIGNATURE _____ DATE _____

- I understand that the persons hereby authorized to use/disclose information will not condition treatment or payment on my providing this authorization or that refusal to sign this authorization will not affect my treatment.
- I understand that information used or disclosed to an entity other than a health plan or health care provider may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer protected by the Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information, as set forth in 45 CFR160 and 164.
- I understand that this authorization will expire on ____/____/____. (If no date is written, this authorization will expire one year from the date on which it is received by the hospital.)
- I understand that I may revoke this authorization at any time by notifying **Haywood Regional Medical Center** in writing, except to the extent that has already taken in reliance of the previous authorization period.
- I understand that if my records contain sensitive information that I may need to have my physician authorize the use or disclosure of it.
- I understand that I have the right to see this information described on this form if I ask to see it and I understand that I may request a copy of this form after I sign it.
- **THIS FORM MUST BE FULLY COMPLETED BEFORE SIGNING - note that signature is required in two places.**

FEES FOR COPIES: Federal and state laws permit a fee to be charged for the copying of patient records. This facility has contracted with HealthPort to make copies. You may be required to pre-pay for the copies; if not, then your copies will be mailed along with an invoice.
_____ initial

Signature of Patient Resident or Legal Representative _____ Date _____

- If not signed by patient, please indicate relationship:
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Parent or guardian of minor patient | <input type="checkbox"/> Guardian or conservator of incompetent patient | <input type="checkbox"/> Beneficiary or representative of deceased patient |
|--|---|--|

Haywood Regional Medical Center
AUTORIZACIÓN/REQUISICIÓN (circule uno)
PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

For Office Use Only:	
Verified: Yes / No	
By: _____	
D.Lic #: _____	
SS #: _____	
Signature: _____	Yes/No

SECCIÓN A: (Esta sección para ser completada por el paciente)

Nombre del Paciente: _____ No. de Identificación de la historia clínica: _____
 Fecha de Nacimiento: _____

Liste la información específica autorizada para su divulgación:

Fechas de Servicio/Encuentro para ser divulgadas:

- | | | | | | |
|------------------------------------|--|--|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anestesia | <input type="checkbox"/> Consultas | <input type="checkbox"/> Informe de Alta | <input type="checkbox"/> EKG's | <input type="checkbox"/> Emergencia | <input type="checkbox"/> Carátula |
| <input type="checkbox"/> Historia | <input type="checkbox"/> Reportes de Imágenes | <input type="checkbox"/> Laboratorio | <input type="checkbox"/> Medicación | <input type="checkbox"/> Enfermería | <input type="checkbox"/> Cirugía |
| <input type="checkbox"/> Ordenes | <input type="checkbox"/> Ambulatorio | <input type="checkbox"/> Patología | <input type="checkbox"/> Notas de Progreso | <input type="checkbox"/> Reg. de facturación | <input type="checkbox"/> UB04 |
| <input type="checkbox"/> Facturas | <input type="checkbox"/> Contabilidad de divulgaciones | <input type="checkbox"/> Expediente complete | <input type="checkbox"/> Otros | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Nombre del destinatario: Escriba el nombre/dirección/ciudad/estado/código postal y número de teléfono de la persona o lugar a la cual se le va a divulgar la información: _____

Describa el propósito / razón para esta solicitud:

SECCIÓN B: (El paciente debe leer y completar información en esta sección)

Por la presente autorizo **[enter facility/practice name]** usar/divulgar mi información médica personal de la manera descrita en esta autorización.

¿Quieres que el Hospital / Clínica divulge sus notas de psicoterapia (si existen) a la persona o institución que haya mencionado anteriormente? Circule Uno: Si No (iniciales aqui)

- Yo entiendo que las personas aquí autorizadas a usar/divulgar información no pondrán como condición, en el tratamiento o pago, mi suministración de esta autorización y que el rechazo a firmar esta autorización no afectará mi tratamiento.
- Yo entiendo que la información usada o divulgada a una entidad distinta a un plan de salud o proveedor de atención médica puede estar sujeta a una nueva divulgación por el recipiente y ya no están protegidos por el "Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information", como se indica en 45 CFR160 and 164.
- Yo entiendo que esta autorización expira ____/____/____. (Si no hay fecha escrita, esta autorización expirará un año después de que haya sido recibida por el hospital.)
- Yo entiendo que yo puedo anular esta autorización en cualquier momento al notificar **[enter facility/practice name]** por escrito, salvo en la medida en que ya se ha realizado de acuerdo al periodo de autorización previa.
- Yo entiendo que si mi expediente contiene información sensible pueda yo necesitar que mi médico autorize el uso o divulgación de la misma.
- Yo entiendo que tengo el derecho de ver esta información descrita en esta forma si yo pido verla y entiendo que puedo pedir una copia de esta forma después de que la firme.

Firma del Paciente o Representante del Paciente

Si no es firmada por el paciente, por favor indicar su relación:

Padre/madre o tutor del paciente menor de edad

Fecha

Guardián o protector del paciente incompetente

Beneficiario o representante del paciente fallecido