

**Authorization for Release of Protected Health Information**

I authorize any member of the medical staff of First Choice Health Centers or any of its employees or representatives to use and/or disclose my protected health information (PHI) as provided below. I understand that I may revoke this Authorization, except to the extent that the entity has already taken action in reliance on this Authorization. The written revocation letter needs to be sent to the Medical Records Department of First Choice Health Centers. The provision of treatment will not be conditioned on the completion of this Authorization. I understand that once the PHI listed below is used or disclosed as set forth in this Authorization, such information is subject to re-disclosure and may no longer be protected by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). I understand that a fee may be charged for this service for copying and first class postage related to the use/disclosure of my health information under this authorization.

**Patient Information**

**Last Name:** \_\_\_\_\_ **First Name:** \_\_\_\_\_ **Middle Initial:** \_\_\_\_\_  
**Address:** \_\_\_\_\_ **Telephone:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_

I, the undersigned authorize First Choice Health Centers, Inc. to  **DISCLOSE and/or**  **RECEIVE** protected health information to/from the below indicated entity or individual:

**Name:** \_\_\_\_\_  
**Organization Name:** \_\_\_\_\_  
**Street Address:** \_\_\_\_\_  
**City:** \_\_\_\_\_ **State:** \_\_\_\_\_ **Zip Code:** \_\_\_\_\_  
**Telephone:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Fax:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**How may your records be released?**  **Electronic (CD)**  **Paper**

copies by mail  copies by fax (up to 10 pages, otherwise mailed)  
**OR**  copies to be picked up - **BY WHOM?** Name: \_\_\_\_\_ **(ID WILL BE REQUIRED)**

**I authorize the release of my records for the following purpose [MUST check one]**

At the request of the patient or the patient's legal representative  Other (please specify) \_\_\_\_\_

**My authorization is for the use and disclosure of the following records:**

- Entire Medical Record
- Most Recent Physical Exam
- Immunization Records
- Lab Results
- X-rays and Other Images
- Dental Record
- Other: \_\_\_\_\_

I understand that state law prohibits the use and/or disclosure of the PHI listed below unless specifically authorized by me. I understand that such information will not be used or disclosed unless I indicate by initialing below.

**For alcohol and drug abuse disclosures** provide an explicit description of the substance use disorder information that may be disclosed.

Alcohol or Drug Abuse (initials) \_\_\_\_\_

Description: \_\_\_\_\_

AIDS or HIV (initials) \_\_\_\_\_

Mental Health/Psychiatric Disorders (initials) \_\_\_\_\_

Psychotherapy Notes (A separate authorization form is required to request psychotherapy notes and cannot be combined with any other authorization.)

*If you are not requesting an entire medical record; please indicate the dates of service:*

Between: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ending on date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**NOTICE TO RECIPIENT OF INFORMATION RELEASED UNDER THIS AUTHORIZATION:**

**If substance abuse information has been released:**

This information has been disclosed to you from records protected by federal confidentiality rules (42 CFR Part 2). The federal rules prohibit you from making any further disclosure of this information in this record that identifies a patient as having or having had a substance use disorder directly, by reference to publicly available information, or through verification of such identification by another person unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the individual whose information is being disclosed or as otherwise permitted by 42 CFR Part 2. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose. The Federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient with regard to a crime any patient with a substance use disorder, except as provided at §§ 2.12(c)(5) and 2.65.

**If confidential HIV related information has been released:**

This information has been disclosed to you from records whose confidentiality is protected by state law. State law prohibits you from making any further disclosure of it without the specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by said law. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose.

**Patient or Patient's Personal Representative with legal authority to act for Patient must sign and date this Authorization for it to be valid**

Expiration Date: Unless I revoke this authorization or provide a different expiration date below, this Authorization will expire twelve (12) months from the date of execution. Other expiration date: \_\_\_\_\_

Signature of Patient or Patient's Personal Representative \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
**RELATIONSHIP TO PATIENT (circle one):** Self Mother Father Legal Guardian Conservator Other (please specify) \_\_\_\_\_

For Office Use Only (only if all elements are present implying compliance will a request be honored)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Two Patient Identifiers</b>    | <input type="checkbox"/> <b>Copy to Individual</b> | <input type="checkbox"/> <b>Drug/Alcohol/HIV Disclosures</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Description of Information</b> | <input type="checkbox"/> <b>Purpose</b>            | Compliance Met: _____ (process)                              |
| <input type="checkbox"/> <b>Disclosing Entity</b>          | <input type="checkbox"/> <b>Expiration Date</b>    | Denied (Not Compliant): _____ (deny)                         |
| <input type="checkbox"/> <b>Recipient</b>                  | <input type="checkbox"/> <b>Signature</b>          |  |

94 Connecticut Boulevard  
East Hartford, Connecticut 06108  
F: 860-528-5180 Tel: 860-528-1359

**Autorización para la divulgación de información sanitaria protegida**

Autorizo a cualquier miembro del personal médico de First Choice Health Centers o a cualquiera de sus empleados o representantes a utilizar y/o divulgar mi información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) según lo dispuesto a continuación. Entiendo que puedo revocar esta autorización, excepto en la medida en que la entidad ya haya tomado medidas en función de esta autorización. La carta de revocación por escrito debe enviarse al departamento de registros médicos de First Choice Health Centers. La prestación del tratamiento no estará condicionada a la cumplimentación de esta autorización. Entiendo que una vez que la PHI enumerada a continuación se utilice o divulgue según lo establecido en esta autorización, dicha información estará sujeta a una nueva divulgación y puede dejar de estar protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Comprendo que se puede cobrar una tarifa por este servicio en concepto de copia y franqueo de primera clase relacionado con el uso/divulgación de mi información médica en virtud de esta autorización.

**Información del paciente**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo, el abajo firmante, autorizo a First Choice Health Centers, Inc. a  REVELAR y/o  RECIBIR información de salud protegida a/de la entidad o de la persona abajo indicada:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Nombre de la organización: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_

¿Cómo se pueden divulgar sus registros?  Digital (CD)  Papel  
 copias por correo  copias por fax (hasta 10 páginas, de lo contrario enviadas por correo)  
 copias a recoger - ¿POR QUIÉN? Nombre: \_\_\_\_\_ (SE REQUERIRÁ IDENTIFICACIÓN)

**Autorizo la divulgación de mis registros para el siguiente propósito [DEBE marcar uno]**

A petición del paciente o del representante legal del paciente  Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**Mi autorización es para el uso y divulgación de los siguientes registros:**

- Historia clínica completa Entiendo que la ley estatal prohíbe el uso y/o la divulgación de la PHI indicada a continuación a menos que yo lo autorice específicamente. Entiendo que dicha información no se utilizará ni divulgará a menos que lo indique con mis iniciales a continuación.
  - Examen físico más reciente
  - Registros de inmunización
  - Resultados de laboratorio
  - Rayos X y otras imágenes
  - Registro dental
  - Otro: \_\_\_\_\_
- Para divulgaciones sobre el abuso de alcohol y drogas** proporcione una descripción explícita de la información sobre el trastorno por consumo de sustancias que puede divulgarse.
- Abuso de alcohol o Drogas (iniciales) \_\_\_\_\_  
Descripción: \_\_\_\_\_  
 SIDA o VIH (iniciales) \_\_\_\_\_  
 Salud mental/trastornos psiquiátricos (iniciales) \_\_\_\_\_  
 Notas de psicoterapia (se requiere un formulario de autorización por separado para solicitar notas de psicoterapia y no se puede combinar con ninguna otra autorización.)

*Si no está solicitando un historial clínico completo; indique las fechas de servicio:*

Entre: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ terminando en la fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**AVISO AL DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN DIVULGADA BAJO ESTA AUTORIZACIÓN:**

**Si se ha divulgado información sobre abuso de sustancias:**

Esta información le ha sido divulgada a partir de expedientes protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR, parte 2). Las normas federales le prohíben hacer cualquier otra divulgación de esta información en este registro que identifique a un paciente como que tiene o ha tenido un trastorno por uso de sustancias directamente, por referencia a la información disponible públicamente, o a través de la verificación de dicha identificación por otra persona, a menos que la divulgación posterior esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona cuya información se está divulgando o según lo permitido por las 42 CFR, parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar penalmente o enjuiciar a cualquier paciente que abusa del alcohol o las drogas con respecto a un delito a cualquier paciente con un trastorno por uso de sustancias, excepto según lo dispuesto en §§ 2.12 (c) (5) y 2.65.

**Si se ha divulgado información confidencial relacionada con el VIH:**

Esta información le ha sido revelada a partir de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley estatal. La ley estatal le prohíbe hacer cualquier otra divulgación de la misma sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permitido por dicha ley. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito.

**El Paciente o el Representante personal del paciente con autoridad legal para actuar en nombre del Paciente debe firmar y fechar esta autorización para que sea válida**

Fecha de vencimiento: a menos que revoque esta autorización o proporcione una fecha de vencimiento diferente a continuación, esta autorización expirará doce (12) meses a partir de la fecha de ejecución. Otra fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o del representante personal del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
RELACIÓN CON EL PACIENTE (marque una): Madre Padre Tutor legal Custodio Otro (especifique) \_\_\_\_\_

Solo para uso de la administración (solo si todos los elementos están presentes, lo que implica el cumplimiento, se atenderá la solicitud)

<u>Dos identificadores de pacientes</u>	<u>Copia para el individuo</u>	<u>Divulgación sobre drogas, alcohol y VIH</u>
<u>Descripción de la información</u>	<u>Propósito</u>	<u>Cumplimiento alcanzado:</u> _____ (proceso)
<u>Entidad divulgadora</u>	<u>Fecha de caducidad</u>	<u>Denegado (no cumple):</u> _____ (denegar)
<u>Destinatario</u>	<u>Firma</u>	