



RAUTH

AUTHORIZATION TO REQUEST HEALTH INFORMATION
Instruction:

To be completed when health information is being requested from other healthcare provider(s).

Side 1 of 2

PLEASE COMPLETE ALL AREAS OF THIS FORM
Patient name (print): _____ **Date of birth:** ____/____/____

I authorize ChristianaCare to REQUEST my health information from:

 (Name and Organization)

 (Street Address)

 (City, State, Zip Code)

ATTN: _____ **Fax #:** (_____) _____ - _____

SEND TO: _____

 (Name and Organization)

 (Street Address)

 (City, State, Zip Code)

ATTN: _____ **Fax #:** (_____) _____ - _____

Send via: Mail Fax Powershare

These records are needed for the following reason: Medical care Legal consult Insurance review
 Other (specify): _____

The following information is requested (mark all applicable):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Entire Record | <input type="checkbox"/> Pathology Reports | <input type="checkbox"/> Provider Notes |
| <input type="checkbox"/> Admission History and Physical | <input type="checkbox"/> Radiology Reports | <input type="checkbox"/> Emergency Department Notes |
| <input type="checkbox"/> Discharge Summary | <input type="checkbox"/> Laboratory Reports | <input type="checkbox"/> Radiology Imaging |
| <input type="checkbox"/> Operative Reports | | |

 Other (specify): _____

For the dates of service from: ____/____/____ to: ____/____/____

SPECIAL AUTHORIZATIONS FOR SUBSTANCE ABUSE TREATMENT, HIV/STD RESULTS, AND/OR PSYCHOLOGICAL and PSYCHIATRIC TREATMENT RECORDS (mark and initial each area you are authorizing):

- | | |
|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> I specifically authorize the disclosure of information pertaining to genetic information. | _____ (initial) |
| <input type="checkbox"/> I specifically authorize the disclosure of information pertaining to substance abuse treatment. | _____ (initial) |
| <input type="checkbox"/> I specifically authorize the disclosure of information pertaining to psychological and psychiatric treatment.
(For psychotherapy notes, a separate form is required.) | _____ (initial) |
| <input type="checkbox"/> I specifically authorize the disclosure of information pertaining to HIV/STD treatment and test results. | _____ (initial) |

By signing below, I understand and acknowledge the following:

- That authorizing the disclosure of this health information is voluntary.
- That I may refuse to sign this authorization.
- That I do not need to sign this form in order to receive treatment. ChristianaCare will not condition treatment on my signing this authorization unless (1) I am enrolled in a research study and the treatment is part of that study, or (2) the sole purpose of health care is to disclose health information to someone else.
- That I may revoke this authorization at any time by presenting a written revocation to the department requesting my information.
- That any revocation will not apply to information that already has been obtained in response to this authorization.
- That any disclosure of information carries with it the potential for an unauthorized disclosure, and the information may not be protected by confidentiality rules. Information obtained pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer protected by federal privacy regulations.
- That the fees for copying and mailing the information have been explained to me, and I understand that the recipient will be charged for copies and postage and, in turn, the recipient may ask to be reimbursed by me, or I may be directly responsible for the fees.

Expiration of this authorization.

 This authorization expires in 180 days OR upon the following date or event: _____
 (specify date or event)

Revoking this authorization. This authorization may be revoked at any time but is not retroactive for requests that have been complied with in good faith. To revoke this authorization, please provide a written request to the department releasing your information.

 Signature of Patient _____ (_____) _____ - _____ Date ____/____/____ **or,**
 Phone # _____

 Signature of Legal Representative/Relationship to Patient _____ Print Name _____ (_____) _____ - _____ Date ____/____/____
 Phone # _____

The organization providing records will not condition treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits on the completion of this authorization. Information, once released, may no longer be protected by Federal Privacy Rules and may be subject to redisclosure by the recipient. However, information covered under Federal Regulations 42 CFR Part 2 may not be redisclosed unless expressly permitted by the authorization or the regulations.
Interpretation: The information has been presented to the: Patient Representative Decision Maker in: _____
 The person who provided the interpretation is a qualified medical interpreter. Language _____

Interpreter Name _____ Agency and ID# (if applicable) _____

Witness Signature/Title _____ Print Name or ID# _____ Date ____/____/____ Time _____



AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR INFORMACIÓN DE SALUD
(AUTHORIZATION TO REQUEST HEALTH INFORMATION)

Side 2 of 2

LLENE TODOS LOS ESPACIOS DE ESTE FORMULARIO

Nombre del paciente (en letra de molde): _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Yo autorizo a ChristianaCare a SOLICITAR mi información de salud a:

(Nombre y organización)

(Dirección)

(Ciudad, estado y código postal)

A la atención de: _____ Número de Fax: (_____) _____ - _____

ENVIAR A:

(Nombre y organización)

(Dirección)

(Ciudad, estado y código postal)

A la atención de: _____ Número de Fax: (_____) _____ - _____

Enviar vía: Correo Fax Powershare

Estos expedientes son necesarios por la razón siguiente: Atención médica Consulta legal Revisión de seguro
 Otra (especifique): _____

Se solicitará la siguiente información (marque todo dato que corresponda):

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> El historial médico completo | <input type="checkbox"/> Informes de patología | <input type="checkbox"/> Notas del médico |
| <input type="checkbox"/> Historial de hospitalizaciones y exámenes físicos | <input type="checkbox"/> Informes de radiografías | <input type="checkbox"/> Notas del departamento de emergencias |
| <input type="checkbox"/> Resumen del alta | <input type="checkbox"/> Informes del laboratorio | <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología |
| <input type="checkbox"/> Informes de operaciones | | |
| <input type="checkbox"/> Otra (especifique): _____ | | |

Para las fechas de servicio desde: ____ / ____ / ____ hasta: ____ / ____ / ____

AUTORIZACIONES ESPECIALES PARA TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS, RESULTADOS VIH/ETS, Y/O DOCUMENTOS SOBRE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO Y PSIQUIÁTRICO (marque y ponga sus iniciales en cada casilla que autoriza usted):

- | | |
|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Autorizo expresamente la divulgación de datos relacionados a la información genética. | _____ (inicial) |
| <input type="checkbox"/> Autorizo expresamente la divulgación de datos relacionados al tratamiento por abuso de sustancias. | _____ (inicial) |
| <input type="checkbox"/> Autorizo expresamente la divulgación de datos relacionados al tratamiento psicológico y psiquiátrico. (Las notas de psicoterapia requieren consentimiento adicional.) | _____ (inicial) |
| <input type="checkbox"/> Autorizo expresamente la divulgación de datos relacionados al tratamiento o resultados de pruebas VIH/enfermedades de transmisión sexual. | _____ (inicial) |

Al poner mi firma a continuación, certifico que entiendo y reconozco:

- que la autorización de estos datos de salud es voluntaria.
- que puedo denegar firmar esta autorización.
- que no necesito firmar este formulario para recibir tratamiento. ChristianaCare no condicionará el tratamiento en el hecho de que firmo o no esta autorización, a menos de que (1) esté inscrito en un estudio de investigación y el tratamiento forme parte del estudio, o (2) recibir atención de salud tenga como objetivo singular la divulgación de información de salud a otro.
- a que pueda revocar esta autorización en cualquier momento entregando una revocación por escrito al departamento que divulgará mis datos.
- que tal revocación no se aplicará a información que haya sido revelada antes de haber sido revocada esta autorización.
- que con toda divulgación de información existe la posibilidad de una divulgación no autorizada, y que la información podría no estar protegida por las reglas de confidencialidad. La información que se divulgue conforme a esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el destinatario y puede dejar de estar protegida por los reglamentos federales de privacidad.
- que se me han explicado los cargos involucrados en hacer copias de y enviar por correo la información, y que se le cobrarán al destinatario las copias y el franqueo, y el destinatario podría pedirme que reembolse dichos cargos.

Caducidad de esta autorización.

Esta autorización caduca a los 180 días O en la siguiente fecha o circunstancia: _____ (especifique la fecha o circunstancia)

Anulación de esta autorización. Esta autorización se puede anular en cualquier momento, pero tal revocación no será retroactiva para solicitudes completadas de buena fe. Para cancelar esta autorización, envíe una solicitud por escrito al departamento que divulgará su información.

Firma del paciente (Signature of Patient) _____ No. de teléfono (Phone #) _____ Fecha (Date) ____ / ____ / ____ o,

Firma del apoderado/relación con el paciente (Signature of Legal Representative/Relationship to Patient) _____ Nombre en letra de molde (Print Name) _____ No. de teléfono (Phone #) _____ Fecha (Date) ____ / ____ / ____

La entidad que provee los expedientes no condicionará el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para obtener beneficios al término de otorgamiento de esta autorización. La información, una vez comunicada, puede dejar de estar protegida por las Reglas Federales de Privacidad y puede que sea comunicada nuevamente por el destinatario. Sin embargo, la información contemplada en la Reglamentación Federal 42 CFR Parte 2 no puede volver a comunicarse, a no ser que sea expresamente permitido por la autorización o las reglamentaciones.

Interpretation: The information has been presented to the: Patient Representative Decision Maker in: _____ Language _____

Interpreter Name _____ Agency and ID# (if applicable) _____

Witness Signature/Title _____ Print Name or ID# _____ Date ____ / ____ / ____ Time _____

A photocopy of the signed authorization form is as valid as the original