

**OUTPATIENT THERAPY SERVICES**  
**AUTHORIZATION FOR ACCESS TO PROTECTED HEALTH INFORMATION**

This authorization must be written, dated and signed by the patient, or by a person authorized by law to give authorization. If this authorization is for psychotherapy notes, it must not be used for any other type of protected health information.

This information will be disclosed to and/or received by persons who are not subject to federal health information privacy laws. These persons may further disclose the protected health information, and it may no longer be protected by federal health information privacy laws. You are not obligated to authorize the disclosure.

Printed Name: _____ Date of Birth: _____
--

I authorize MCMC Outpatient Therapy Services to grant verbal access to the protected health information in my current Clinic Medical Record Chart to assist me during the time I am receiving care from MCMC Outpatient Therapy Services. The Outpatient Therapy Services are comprised of: MCMC Outpatient Therapy Services at Water's Edge and Hood River Therapy.

Primary: \_\_\_\_\_  
(Name of person who will have access) Relationship

Secondary: \_\_\_\_\_  
(Name of person who will have access) Relationship

By initialing the spaces below, I specifically authorize access to the following protected health information, if such information exists.

- \_\_\_\_\_ Financial, Insurance or Billing information
- \_\_\_\_\_ Clinical Information from my medical record chart

These specially protected items must be individually initialed to include them in the release or access to information either clinical or financial:

- \_\_\_\_\_ HIV/AIDS-related records
- \_\_\_\_\_ Genetic testing information
- \_\_\_\_\_ Drug/alcohol diagnosis, treatment or referral information
- \_\_\_\_\_ Mental health information, psychotherapy notes (requires separate form)

You have the right to inspect or receive a copy of the information in your medical record. You have a right to a copy of this authorization. You may revoke this authorization at any time by giving written notice to a staff member, who will make the change in your chart. You have the right to limit the time that this agreement will remain in effect by entering an expiration date here: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Signature of Patient) Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Signature of person legally authorized to sign for patient) / Relationship Date: \_\_\_\_\_

**Document verification of ID of person who has been given access.**  
Include this authorization in the patient's medical record.

Patient Label
---------------



**OUTPATIENT THERAPY SERVICES**  
**AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO A INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

El paciente, o una persona legalmente habilitada para hacerlo, tiene que rellenar, fechar y firmar esta autorización. Si la autorización es para notas de psicoterapia, no se debe usar para ningún otro tipo de información médica protegida.

Esta información será facilitada a y/o recibida por personas que no estén sujetas a las leyes federales de privacidad de información médica. Dichas personas pueden, a su vez, facilitar la información médica protegida a terceros, y es posible que dicha información médica ya no sea protegida por las leyes federales de privacidad de información médica. Usted no está obligado a autorizar la facilitación de información.

Nombre (en letra de molde): _____ Fecha de Nac.: _____
--

“Autorizo a MCMC Outpatient Therapy Services (servicios de terapia para pacientes externos de MCMC) a que faciliten el acceso verbal a la información médica protegida en mi expediente médico actual de la clínica con el fin de ayudarme durante el tiempo que yo sea atendido por dichos servicios, los cuales incluyen MCMC Outpatient Therapy Services en Water’s Edge y Hood River Therapy. “

Principal: \_\_\_\_\_  
(Nombre de persona que tendrá acceso) Parentesco

Secundaria: \_\_\_\_\_  
(Nombre de persona que tendrá acceso) Parentesco

Al poner mis iniciales en los espacios a continuación, autorizo específicamente el acceso a la siguiente información médica protegida, de existir tal información.

- \_\_\_\_\_ Información económica, de seguro, o de facturación
- \_\_\_\_\_ Información clínica de mi expediente clínico activo

Para incluir los siguientes apartados en el acceso o facilitación de información, ya sea clínica o económica, hay que poner sus iniciales en cada uno que corresponda:

- \_\_\_\_\_ Expedientes relacionados con el VIH/SIDA
- \_\_\_\_\_ Información relacionada con el análisis genético
- \_\_\_\_\_ Información sobre los diagnósticos, tratamientos o remisiones relacionados con drogas y alcohol
- \_\_\_\_\_ Información de salud mental, notas de psicoterapia (se requiere otro formulario)

Usted tiene derecho a inspeccionar o recibir una copia de la información en su expediente clínico. Tiene derecho a una copia de esta autorización. Puede revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al personal de la clínica, el cual hará el cambio en su expediente. Tiene derecho a limitar el plazo de vigencia de este acuerdo poniendo aquí una fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del Paciente) Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Firma de Persona Legalmente Autorizada para Firmar en Nombre del Paciente) / Parentesco Fecha: \_\_\_\_\_

**Verificación del documento de identificación de la persona a la que se le ha dado acceso.**  
Inclúyase esta autorización en el expediente clínico del paciente.



ZMC055

Patient Label