

Patient Authorization to Disclose Health Information

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

I authorize: **Mid-Columbia Medical Center**
1700 E. 19th Street
The Dalles, OR 97058
Fax: (541) 296-7617

Mid-Columbia Outpatient Clinics
Phone: (541) 506-6599
Fax: (541) 296-7617
Clinics or Provider: _____

Information may be: Provided to Received from _____

Facility/Person _____ Phone # _____

Street Address _____ City _____ State _____ Zip _____

The information will be used on my behalf for the following purpose: _____

Provide records in electronic format, when possible.

<p>Information to be released:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Discharge Summary<input type="checkbox"/> History & Physical Exam<input type="checkbox"/> Diagnostic Imaging Reports<input type="checkbox"/> Emergency Dept. Reports<input type="checkbox"/> Pathology/Laboratory<input type="checkbox"/> Clinic Notes<input type="checkbox"/> Other: _____ <p>Treatment Dates: _____</p>	<p>By <u>initialing</u> in the spaces below, I authorize release of the following information:</p> <p>[] HIV/AIDS related information</p> <p>[] Mental health information</p> <p>[] Drug/alcohol diagnosis, treatment or referral information</p> <p>[] Genetic testing information</p> <p>Date range: _____</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- I understand that this authorization will automatically expire in 180 days from the date of my signature or on _____.
- I understand that I have the right to revoke this authorization at any time. I understand that in order to revoke this authorization, I must do so in writing and present my written revocation to Mid-Columbia Medical Center Medical Record Department, 1700 E. 19th Street, The Dalles, Oregon 97058. I understand that the revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization. I understand that the revocation will not apply to my insurance company when the law provides my insurer with the right to contest a claim under my policy.
- I understand that the information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure and no longer be protected under federal law. However, I also understand that federal or state law may restrict re-disclosure of HIV/AIDS information, mental health information, and drug/alcohol diagnosis, treatment or referral information.
- I understand that I need not sign this form in order to ensure health care treatment, payment, enrollment in my health plan, or eligibility benefits.
- I understand that the above-named clinic is part of Mid-Columbia Medical Center or Outpatient Clinics, and in signing this request records may be sent from any of the clinics.
- I understand that I will be given a copy of this authorization form after signing.
- I have been advised there may be a fee assessed for providing this information. _____ (initials).

Signature of Patient or Legal Representative _____ Date _____ Relation to Patient _____

Description of personal representative's authority: _____

Method of delivering information:

_____ I will pick up the records in the Health Information Management Department. _____ Please mail the records.

PATIENT AUTHORIZATION TO DISCLOSE HEALTH INFO

Mid-Columbia Medical Center
1700 E. 19th Street, The Dalles, OR 97058
(541)296-1111



ZMC055



AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL PACIENTE PARA FACILITAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nac.: _____

Autorizo a: **Mid-Columbia Medical Center**
1700 E. 19th Street
The Dalles, OR 97058
Fax: (541) 296-7617

Mid-Columbia Outpatient Clinics
Phone: (541) 506-6599
Fax: (541) 296-7617
Clinicas o Proveedor: _____

Información puede ser: Facilitada a Recibida de _____

Entidad/Persona _____ Núm. de Tel. _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

La información se usará en mi nombre para el siguiente objetivo: _____

Facilitense los expedientes en formato electrónico, cuando sea posible.

<p>Información a ser facilitada:</p> <p><input type="checkbox"/> Resumen de Alta <input type="checkbox"/> Historia Clínica y Examen Físico <input type="checkbox"/> Informes de Gabinete <input type="checkbox"/> Informes de la Sala de Urgencias <input type="checkbox"/> Informes de Patología/Laboratorio <input type="checkbox"/> Notas Clínicas <input type="checkbox"/> Otra: _____</p> <p>Fechas de Tratamiento: _____</p>	<p>Al poner mis iniciales en los espacios a continuación, autorizo la facilitación de la siguiente información:</p> <p>() Información relacionada con el VIH/SIDA () Información de salud mental () Información relacionada con el diagnóstico, tratamiento o remisión para problemas de drogas y alcohol () Información relacionada con el análisis genético</p> <p>Rango de Fechas: _____</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Entiendo que esta autorización vencerá automáticamente a los 180 días a partir de la fecha de mi firma o el _____.
- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, para revocar esta autorización, tengo que hacerlo por escrito y presentarla a Mid-Columbia Medical Center Medical Record Department (servicio de archivo clínico), 1700 E. 19th Street, The Dalles, Oregon 97058. Entiendo que la revocación no se aplicará a información que ya haya sido facilitada en conformidad con esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros médicos cuando la ley le otorga a dicha compañía aseguradora el derecho a disputar una reclamación según mi póliza.
- Entiendo que la información usada o facilitada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una nueva facilitación y ya no gozará de protección según las leyes federales. Sin embargo, también entiendo que las leyes federales o estatales pueden limitar una nueva facilitación de información relacionada con el VIH/SIDA; la salud mental; y información relacionada con el diagnóstico, tratamiento, o remisión para problemas de drogas y alcohol.
- Entiendo que no estoy obligado a firmar este formulario para asegurar la atención médica, el pago, la inscripción en mi plan de salud o para reunir los requisitos para subsidios.
- Entiendo que la clínica antes mencionada es parte de Mid-Columbia Medical Center o Outpatient Clinics, y, al firmar esta autorización, se pueden enviar expedientes de cualquiera de las clínicas.
- Entiendo que, después de haberla firmado, se me facilitará una copia de esta autorización.
- Me han informado de la posibilidad de que haya una tarifa para proporcionar esta información. _____ (iniciales).

Firma de Paciente o Representante Legal _____ Fecha _____ Parentesco con Paciente _____

Descripción de la autoridad del representante personal: _____

Método de la entrega de la información:

____ Voy a recoger los expedientes del servicio de archivo clínico. ____ Por favor, envíe por correo los expedientes.

PATIENT AUTHORIZATION TO DISCLOSE HEALTH INFO

Mid-Columbia Medical Center
1700 E. 19th Street, The Dalles, OR 97058
(541)296-1111



ZMC055

