

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)

Section A: This section must be completed for all Authorizations

Patient Name:	Birth Date:	Last Four Digits SSN (optional):	
Provider's Name and Address: <input type="checkbox"/> Las Palmas Medical Center 1801 N. Oregon El Paso, Texas 79902 PH 915-521-1389 FAX 915-599-4145	Recipient's Name:		Phone #:
	Address 1:		
	Address 2:		
<input type="checkbox"/> Del Sol Medical Center 10301 Gateway West El Paso, Texas 79925 PH 915-263-5656 FAX 915-599-4448	City:		State:
			Zip:

Request Delivery (If left blank, a paper copy will be provided): Paper Copy Electronic Media, if available (e.g., USB drive, CD/DVD, email)
NOTE: In the event the facility is unable to accommodate an electronic delivery as requested, an alternative delivery method will be provided (e.g., paper copy).

Email Address (If email checked above. Please print legibly):
 This authorization will expire on the following: (Fill in the Date or the Event but not both.)
Date: _____ **Event:** _____
 Unless a shorter time period is specified, this authorization will expire 180 days after the date it is signed.

Description of information to be used or disclosed

Is this request for psychotherapy notes? Yes, then this is the only item you may request on this authorization. You must submit another authorization for other items below. No, then you may check as many items below as you need.

Areas of Service of Treatment	Description		
<input type="checkbox"/> Rehab <input type="checkbox"/> Physical therapy <input type="checkbox"/> Oncology Center <input type="checkbox"/> Life Care Center <input type="checkbox"/> Wound Care Center <input type="checkbox"/> Minimally Invasive Clinic <input type="checkbox"/> Women's Center	<input type="checkbox"/> Bariatric Center <input type="checkbox"/> Cardiac Rehab <input type="checkbox"/> Renal Transplant <input type="checkbox"/> Anemia Clinic <input type="checkbox"/> Sleep Disorder Clinic <input type="checkbox"/> CVIC <input type="checkbox"/> Diagnostic Center	<input type="checkbox"/> All PHI in medical record <input type="checkbox"/> DX/Abstract Pertinent Information <input type="checkbox"/> Emergency Room Report <input type="checkbox"/> ER Discharge Instruction Sheet <input type="checkbox"/> Discharge Summary <input type="checkbox"/> Labor/delivery summary <input type="checkbox"/> Registration Consents	<input type="checkbox"/> H&P <input type="checkbox"/> Consult Report <input type="checkbox"/> Operative Report <input type="checkbox"/> Progress Notes <input type="checkbox"/> Respiratory Report <input type="checkbox"/> Lab
			<input type="checkbox"/> Imaging/Radiology <input type="checkbox"/> Cardiac Studies <input type="checkbox"/> Pathology <input type="checkbox"/> Nursing Notes <input type="checkbox"/> Physician Orders <input type="checkbox"/> Other _____

Purpose of Disclosure:

Date of service requested:

I acknowledge, and hereby consent to such, that the released information may contain alcohol, drug abuse, genetic information, psychiatric, STDs, HIV testing, HIV results or AIDS information. _____ (Initial) If this information does not apply to you, check here.

- I understand that:
- I may refuse to sign this authorization and that it is strictly voluntary.
 - My treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits may not be conditioned on signing this authorization.
 - I may revoke this authorization at any time in writing, but if I do, it will not have any affect on any actions taken prior to receiving the revocation. Further details may be found in the Notice of Privacy Practices.
 - If the requester or receiver is not a health plan or health care provider, the released information may no longer be protected by federal privacy regulations and may be redisclosed.
 - I understand that I may see and obtain a copy the information described on this form, for a reasonable copy fee, if I ask for it.
 - I get a copy of this form after I sign it.

Section B: Is the request of PHI for the purpose of marketing and/or does it involve the sale of PHI? Yes No
 If yes, the health plan or health care provider must complete Section B, otherwise skip to Section C.

Will the recipient receive financial remuneration in exchange for using or disclosing this information? Yes No
 If yes, describe: _____
 May the recipient of the PHI further exchange the information for financial remuneration? Yes No

Section C: Signatures

I have read the above and authorize the disclosure of the protected health information as stated.

Signature of Patient/Patient's Representative:	Date:
Print Name of Patient's Representative:	Relationship to Patient:

EDEM6298 DSMCAH1220 05/03/2019 07:46 kbk4959



AUTORIZACION PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACION MEDICA PROTEGIDA

Seccion A: Esta seccion se debe completar para todas las Autorizaciones

Nombre del Paciente:	Fecha del Nacimiento:	Ultimos 4 digitos del numero de Seguro Social (opcional):	
Nombre y Dirección del Proveedor: <input type="checkbox"/> Las Palmas Medical Center 1801 N. Oregon El Paso, Texas 79902 PH 915-521-1389 FAX 915-599-4145	Nombre del Destinatario:		Tel #:
	Dirección 1:		
	Dirección 2:		
<input type="checkbox"/> Del Sol Medical Center 10301 Gateway West El Paso, Texas 79925 PH 915-263-5656 FAX 915-599-4448	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:

Solicitar entrega (si queda en blanco, se entregará una copia impresa): Copia impresa Medio electrónico, si lo hubiera disponible (p.ej. disco USB, CD/DVD, eDelivery) **NOTA:** Si el centro no pudiera hacer la entrega electrónica solicitada, se proporcionará un método de entrega alternativo (p.ej. copia impresa).

Correcto electrónico (si marcó correo-e anteriormente, escribir en letra imprenta legible):

Esta autorización concluirá en el siguiente: (escriba la fecha o el evento pero no ambos)

Fecha: _____ Evento: _____
 Salvo que se especifique un periodo de tiempo mas breve, esta autorizacion concluiara 180 dias despues de la fecha en que se firmo..

Descripcion de la informacion para ser utilizada o divulgada

Necesita usted notas de psicoterapia Si, entonces este es el unico expediente que usted puede solicitar en esta autorizacion. Usted debe someter otro autorizacion para otros expedientes abajo. No, entonces usted puede pedir todos los expedientes que usted necesita.

Area de service de tratamiento	Descripcion de la informacion			
<input type="checkbox"/> Centro Bariatrica <input type="checkbox"/> Rehabilitacion Cardiaca <input type="checkbox"/> Trasplante Renal <input type="checkbox"/> Clinica de la Anemia <input type="checkbox"/> Clinica de trastornos del sueno <input type="checkbox"/> CVIC <input type="checkbox"/> Clinica Minimamente Invasiva	<input type="checkbox"/> Rehabilitacion <input type="checkbox"/> Terapia Physica <input type="checkbox"/> Centro de Oncologia <input type="checkbox"/> Life Care Center <input type="checkbox"/> Centro de Heridas <input type="checkbox"/> Centro Diagnostico <input type="checkbox"/> Centro de salud de mujer	<input type="checkbox"/> Expediente Completo <input type="checkbox"/> Dx/informacion abstracta <input type="checkbox"/> Reporte de Emergencia <input type="checkbox"/> Instrucciones de alta de Departamento de Emergencia <input type="checkbox"/> Resumen final de visita <input type="checkbox"/> Historial (H & P)	<input type="checkbox"/> Reportes de Consulta <input type="checkbox"/> Reportes de operacion <input type="checkbox"/> Reporte respiratorio <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Reportes de Radiologia <input type="checkbox"/> Estudios Cardiacos <input type="checkbox"/> Cobertura de expediente	<input type="checkbox"/> Reportes de Enfermera <input type="checkbox"/> Medicinas Tomadas <input type="checkbox"/> Consentimientos de Registracion <input type="checkbox"/> Notas de Progreso <input type="checkbox"/> Ordenes de doctor <input type="checkbox"/> Expediente Completo <input type="checkbox"/> Otro

Propósito de las copias:

Fecha del servicio requerido:

Por la presencia reconozco que la informacion liberada puede contener alcohol, abuso de la droga, psiquiatrico, prueba de Sida, resultados del Sida o Enfermedad transmitido por acto del sexo. _____ (Iniciales) Si esta informacion no aplica a usted, marque aqui.

- Entiendo que:
- Puedo rehusar a firmar esta autorizacion y que es estrictamente voluntario.
 - Si yo no firmo esta forma, mi asistencia medica y el pago para mi asistencia medica no se afectaran a menos que indicaran de otro modo en seccion C.
 - Puedo revocar esta autorizacion por escrito y no debe tener ningun efecto o ninguna accion tomada antes de la revocacion. Para mas detalles busque en el paquete de notificacion sobre "Privacidad de Informacion".
 - Si el solicitante o el receptor no son un plan de salud o proveedor de asistencia medica, la informacion revelada no podra ser protegida por regulaciones federales de intimidad y puede ser revelada y sus derechos bajo la ley federal "Privacidad de la Informacion" no podria aplicar y podria ser revelada a quien lo solicite.
 - Entiendo que puedo ver y poder obtener una copia de la informacion descrita en esta forma, para un honorario razonable de copia, si yo lo pido.
 - Obtendre una copia de esta forma despues que yo la firme.

Seccion B: Es la solicitud de Informacion Medica Protegida con el proposito de mercadeo? Si No

En caso afirmativo, el proveedor de atencion de la salud o el plan de salud debe completar la seccion B, lo contrario, vaya a la seccion C.

El destinatario recibira una compensacion financiera o en especie a cambio de utilizar o revelar esta informacion? Si No

En caso afirmativo, describir: _____

El destinatario de la PHI puede ofrecer la informacion a cambio de remuneracion monetaria? Si No

Seccion C: Firmas

He leído el susodicho y autorizo la revelacion de la informacion de salud protegida como declarado.

La firma de Paciente/Guardian/Representante de Paciente: _____ Fecha: _____

Imprima el Nombre de Paciente/Guardian/Representante de Paciente: _____ La relacion al Paciente: _____

EDEM-6299 DSMCAH120 05/03/2019 07:46 kbk4959

