

Authorization to Release Protected Health Information

Patient Information (Please Print):

Last Name _____ MI _____ First Name _____ Date of Birth ____/____/____
 Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____
 Daytime Phone (____) _____ Email: _____

I authorize:

Provider/Facility Name:
Address:
Phone/Fax:

To release my confidential health record to:
 Community Health of Central Washington
 Health Information Management Dept. | 402 S. 12th Avenue | Yakima, WA 98902
medical.records@chcw.org | Phone: (509)453-0722 | Fax: (509)452-5224

- All or specify which facility:
- Central Washington Family Medicine
 Yakima Pediatrics
 CHCW-Ellensburg
 Highland Clinic
 Naches Medical Clinic
 Davis Health Clinic
 Senior Residential Care

Records Requested

Healthcare information related for the following treatment or condition: _____

Dates of service: ____/____/____ through ____/____/____ or Last year Last 2 years

Purpose of release: Personal Legal Transfer of Care Continuing Care
 Other (Please Specify): _____

By checking the boxes below, I agree to release the following:

- I understand that if my record contains information concerning alcohol or drug abuse/treatment, mental health (including pain management or psychiatry records) or sexually transmitted diseases (including HIV/AIDS), such information will be INCLUDED in this disclosure. Sensitive records require specific patient authorization if the patient is an adolescent, therefore, *we request patients over age 12 years to also authorize release of information.*
- I want to EXCLUDE the following (Check all that apply)
 _____ Alcohol or drug abuse treatment _____ Mental Health _____ Sexually Transmitted disease _____ HIV (AIDS)

Patient Rights:

- I may refuse to sign this authorization
- I understand that I have the right to revoke this authorization, in writing, at any time.
- I understand that a revocation is not effective when the recipient has already relied on the use or disclosure of the health information or if my authorization was obtained as a condition of obtaining insurance coverage and the insurer has a legal right to contest a claim.
- I understand that information used or disclosed pursuant to this authorization may be disclosed by the recipient and may no longer be protected by federal or state law.
- I understand that I do not need to sign this form in order to assure treatment of payment.

I acknowledge I have fully reviewed and understand the contents of this authorization form. My signature below indicates that I hereby agree and authorize to release of patient health information to the above-named person or organization. Release will expire in **90 days** from the date signed.

Please sign below:

Signature of patient or legally authorized individual

Date signed

Printed Name

Authority to sign, if not the patient

**Minor patient's signature, if applicable*

Date Signed

Información del paciente (en letra de molde):

_____ / _____ / _____
 Apellido Inicial del segundo nombre Primer nombre Fecha de nacimiento
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Teléfono durante el día (_____) _____ Email: _____

Autorizo a:

Nombre del proveedor/del centro:
Dirección:
Teléfono/fax:

A revelar mi expediente médico confidencial a:
 Community Health of Central Washington
 Health Information Management Dept. | 402 S. 12th Avenue | Yakima, WA 98902
medical.records@chcw.org | Teléfono: (509)453-0722 | Fax: (509)452-5224

- Todos los centros o especifique cuál:
 Central Washington Family Medicine Yakima Pediatrics CHCW-Ellensburg Highland Clinic
 Naches Medical Clinic Davis Health Clinic Senior Residential Care

Expedientes solicitados

Información médica relacionada con el siguiente tratamiento o condición: _

Fechas de servicio: desde el ____/____/____ hasta el ____/____/____ o El último año Los últimos 2 años

- Propósito de la revelación:** Personal Legal Transferencia de la atención Continuación de la atención
 Otro (especifique): _____

Marcando las casillas de abajo, acepto que se revele lo siguiente:

- Entiendo que, si mi expediente contiene información sobre tratamiento/abuso de alcohol o de drogas, salud mental (incluyendo expedientes de manejo del dolor o de psiquiatría) o enfermedades de transmisión sexual (incluyendo VIH/sida), dicha información se INCLUIRÁ en esta revelación. Para los expedientes confidenciales se necesita una autorización específica del paciente si se trata de un adolescente, por lo que *pedimos a los pacientes mayores de 12 años que también autoricen la revelación de información.*
- Quiero EXCLUIR lo siguiente (marque todo lo que corresponda)
 _____ Tratamiento por abuso de alcohol o de drogas _____ Salud mental _____ Enfermedad de transmisión sexual _____ VIH (sida)

Derechos del paciente:

- Puedo negarme a firmar esta autorización
- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento.
- Entiendo que la revocación no tendría validez si el destinatario ya hubiera usado o revelado la información médica, o si mi autorización se hubiera obtenido como condición para obtener cobertura de seguro y la compañía de seguros tuviera derecho legal a impugnar un reclamo.
- Entiendo que el destinatario puede revelar la información que se use o se revele según esta autorización y que es posible que ya no esté protegida por las leyes federales o estatales.
- Entiendo que no estoy obligado a firmar este formulario para asegurar el tratamiento ni el pago.

Confirmando que he leído y entiendo completamente el contenido de este formulario de autorización. Mi firma abajo indica que, por medio de la presente, acepto y autorizo que se revele la información médica del paciente a la persona o a la organización mencionadas arriba. La revelación vencerá **90 días** después de la fecha de la firma.

Firme abajo:

 Firma del paciente o del representante legal

 Fecha de la firma

 Nombre en letra de molde

 Autoridad para firmar, si no es el paciente

 *Firma del paciente menor de edad, si corresponde

 Fecha de la firma