



Authorization (Permission) to Release Health Information

Patient name _____ Date of birth ___ / ___ / _____

Last four digits of Social Security # _____ Telephone (____) - _____ - _____

Place of treatment:

Records may be released to:

Ph # _____ Fax # _____

Ph # _____ Fax # _____

Information requested:

- Entire health record
History and physical
Lab reports
Immunizations
Billing, invoices and statements
Clinic notes
X-rays
EEG/EKG
Dental films (specify)
Information about visits with previous providers and/or treatments by other providers
Records related to

Dates of treatment:

By initialing each of the following, I allow the release of the specially protected health information.

- Information about communicable diseases and infections including sexually transmitted infections (STIs), tuberculosis (TB), hepatitis B, HIV/AIDS, HIV testing, AIDS related Complex (ARC) and (specify other if known)
Alcohol and substance use disorder treatment information
Behavioral health treatment records, including conversations between myself and a social worker or psychologist
DNA test result of (Such as Huntington disease, breast cancer (BRCA1, BRCA2), colon cancer, polycystic kidneys, cystic fibrosis, etc.)

Reason for sharing information:

- Attorney/legal
Insurance
Continued care
Transfer new provider/reason
Other
Coordination of care with verbal and/or written exchange of information with individual listed above
I give permission for my behavioral health provider, my primary care provider and my health plan to routinely exchange information regarding my mental health/substance use disorder treatment and medical health care.

My permission will end after 12 months, or if the following situation happens:

I understand that:

- the sharing of my health information will follow state and federal laws and regulations.
I can take back (withdraw) my permission in writing at any time. The withdrawal will not apply to previously released information. It will only apply to any releases made in the future.
this authorization includes verbal, written and electronic communication.
the information released is for the specific purpose stated above. However, once it is shared, it is no longer protected by HIPAA and may be re-disclosed by the agency that received the information.
Cherry Health may not withhold treatment, determine payment, or prevent health care enrollment based on whether or not this authorization is signed.

Authorization

I certify that I read or understand, and write in English. I have read or another person has read to me the above authorization. I fully understand the above consent written in English. I have had my questions answered. All blanks were filled in before I signed the consent.

Patient/Parent/Legal Guardian Signature _____ Date _____
Relationship to patient _____ Witness (second witness if signed with an "X") _____ Date _____

This information has been disclosed to you from records protected by Federal confidentiality rules (Title 42, Part 2, Code of Federal Regulations [C.F.R. Part 2]) and Michigan Mental Health Code. The Federal rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the individual to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 C.F.R. Part 2. A general authorization for the release of health information is NOT sufficient for this purpose.



Autorización (permiso) para divulgar información de salud

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / _____
Últimos cuatro dígitos del n.º de Seguro Social _____ Teléfono (____) - _____ - _____

Lugar de tratamiento:

Las historias clínicas se pueden divulgar a:

Tel # _____ Fax # _____

Tel # _____ Fax # _____

Información solicitada:

- Registro de salud completo
- Anamnesis y examen físico Informes de laboratorio Vacunas Facturación, facturas y estados de cuenta
- Notas clínicas Rayos X EEG o ECG
- Placas dentales (especifique) _____
- Información acerca de consultas con proveedores o tratamientos anteriores realizados por otros proveedores

Registros relacionados con _____

Fechas de tratamiento: _____

Al colocar mis iniciales junto a cada una de las siguientes frases permito la divulgación de la información de salud especialmente protegida.

- _____ Información acerca de enfermedades contagiosas e infecciones, incluyendo enfermedades de transmisión sexual (ETS), tuberculosis (TB), hepatitis B, VIH/SIDA, pruebas de VIH, complejo relacionado con el SIDA CRS) y _____ (especificar otra información si la supiera)
- _____ Información sobre tratamiento de trastornos de consumo de alcohol y sustancias
- _____ Registros de tratamientos de salud mental, incluyendo mis conversaciones con un trabajador social o un psicólogo
- _____ Resultados de pruebas de ADN de _____ (p. ej. enfermedad de Huntington, cáncer de seno (BRCA1, BRCA2), cáncer de colon, riñones poliquísticos, fibrosis quística, etc.)

Motivo por el cual se divulga la información:

- Abogado/legal Seguro médico Atención continua
- Transferencia a nuevo proveedor o razón _____
- Otro _____
- Coordinación de la atención con intercambio oral o escrito de información con la persona mencionada anteriormente
Autorizo a mi proveedor de salud de la conducta, a mi proveedor de atención primaria y a mi plan de salud a intercambiar información a modo de rutina con respecto a mi tratamiento de salud mental/trastorno de consumo de sustancias y atención médica.

Mi autorización vencerá luego de transcurridos 12 meses o si ocurriera lo siguiente:

Entiendo que:

- Se divulgará mi información de salud de conformidad con las leyes y regulaciones estatales y federales.
- Puedo revocar (retirar) mi permiso por escrito en cualquier momento. La revocación no se aplicará a la información previamente divulgada. Solo se aplicará a las divulgaciones futuras.
- Esta autorización incluye comunicación oral, escrita y electrónica.
- La información divulgada tiene la finalidad específica mencionada anteriormente. No obstante, una vez divulgada, deja de estar protegida por la HIPAA y la agencia que recibió la información podría divulgarla a terceros.
- Cherry Health no puede demorar el tratamiento, exigir el pago ni condicionar la inscripción en atención médica al hecho de que esta autorización se firme o no.

Autorización

Certifico que puedo leer o entender y escribir en español. He leído, o me han leído, la autorización que antecede. Entiendo en su totalidad el consentimiento que antecede, redactado en español. Me han respondido todas las preguntas. Se llenaron todos los espacios en blanco antes de que yo firmara el consentimiento.

Firma del paciente, del padre, de la madre o del tutor legal _____
Fecha

Relación con el paciente _____
Testigo (el segundo testigo firma con una "X") _____
Fecha

Esta información le fue divulgada a partir de registros protegidos por las Normas federales de confidencialidad (Título 42, Sección 2 del Código de Regulaciones Federales [C.F.R. Parte 2] y por el Código de Salud Mental de Michigan. Las Normas federales le prohíben realizar divulgaciones posteriores de esta información salvo que estuviera expresamente permitido mediante consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece o que lo autorice de otra forma el 42 C.F.R. Parte 2. Para este propósito, NO es suficiente una autorización general para la divulgación de información de salud.