



AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

Patient Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Medical Record#: \_\_\_\_\_

Check One: ( ) Pick Up ( ) Mail ( ) Fax ( ) CD ( ) Talk To [phone/in person] ( ) Secure Email ( ) CIS

Dates of treatment to be released: \_\_\_\_\_ Purpose of Release: \_\_\_\_\_

This Authorization Expires On (If no date given, 180 days from the date of signature below): \_\_\_\_\_

Include only:  All visit records  Only selected records below:

- Discharge Summary
- Radiology Reports
- Immunization Records
- Outpatient Summaries
- Laboratory Reports
- Operative Notes
- Other: \_\_\_\_\_

COMPLETE THIS SECTION TO REQUEST YOUR OWN RECORDS OR YOUR CHILD'S RECORDS:

\_\_\_\_\_(initials) I hereby request access to my protected health information. I understand that I must complete a new authorization for access to any future psychiatric, behavioral, mental health, HIV, or genetics care. For general medical care for adult patients and patients under the age of 12, this authorization is valid for past and future care. For patients age 12 to 17, the parent must complete a new authorization form, and access by the parent is limited to 30 days and to records prior to the date of the authorization.

COMPLETE THIS SECTION FOR REQUESTS TO OR FROM ANOTHER PERSON OR PROVIDER:

I hereby authorize Baystate Health to:  obtain from or  disclose my protected health information to: (A separate authorization form is required for each release)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

COMPLETE THIS SECTION FOR RELEASE OF SPECIFIC PRIVILEGED RECORDS. A separate authorization form is required for each release.

\_\_\_\_\_(initials) **HIV/AIDS:** I hereby authorize release of protected health information pertaining to HIV testing and/or diagnosis and/or treatment related to Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) only to the person or organization named above and only for the purpose named above.

\_\_\_\_\_(initials) **GENETIC TESTING:** I hereby authorize release of protected health information pertaining to genetic test results only to the person or organization named above and only for the purpose named above.

\_\_\_\_\_(initials) **ALCOHOL AND DRUG TREATMENT:** I hereby authorize release of treatment records of a licensed drug and alcohol treatment program to the person or organization named above and only for the purpose named above. I understand that my alcohol and drug treatment records are protected under the federal regulations governing Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records. I also understand that my Alcohol and Drug Abuse Records cannot be re-disclosed without my express authorization.

\_\_\_\_\_(initials) **INPATIENT PSYCHIATRIC RECORDS, OR RECORDS OF A PSYCHOLOGIST OR PSYCHOTHERAPIST:** I hereby authorize release of psychiatric treatment records, and/or records of a psychologist or psychotherapist only to the person or organization named above and only for the purpose named above.

\_\_\_\_\_ Domestic violence abuse counselor records

\_\_\_\_\_ Social service records

\_\_\_\_\_ Sexual assault counselor records

\_\_\_\_\_ Sexually transmitted disease records

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

I understand that information used or disclosed as a result of this Authorization may be further used or disclosed\* by someone who obtains such information and therefore may no longer be protected by federal privacy laws. Except to the extent allowed by law, Baystate Health will not condition treatment on my signing this Authorization. I acknowledge that I have signed this Authorization voluntarily, and these records are released at my request. I also understand that I have the right to revoke this Authorization in writing at any time except to the extent that action has been taken in reliance on it. To revoke this Authorization, please complete our Authorization Revocation form and send it to our office at Baystate Health, Health Information Management, 759 Chestnut Street, Springfield, MA 01199.

\_\_\_\_\_  
Signature of patient or patient's representative

\_\_\_\_\_  
Date

If patient representative, describe representative's authority or relationship to patient: \_\_\_\_\_

WE WILL PROVIDE YOU A COPY OF THIS SIGNED FORM

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (Authorization for Release of Information - Spanish)

Nombre del paciente (Patient's Name): \_\_\_\_\_

Fecha de nac. (DOB): \_\_\_\_\_

Nº de registro médico: \_\_\_\_\_

Marque uno:

( ) Recoger ( ) Correo ( ) Fax ( ) CD ( ) Hablar [teléf./en persona] ( ) Correo electrónico seguro ( ) CIS (Sistema de información clínica) Fechas del tratamiento objeto de la solicitud: \_\_\_\_\_ Objetivo de divulgar la información: \_\_\_\_\_ Esta autorización expira el: \_\_\_\_\_ (si no se da una fecha, 180 días a partir de la fecha de esta autorización)

Incluir solo:  Todos los registros de la consulta  Solo los siguientes registros:

___ Resumen de alta	___ Informes de radiología	___ Registros de vacunación
___ Resúmenes de paciente externo	___ Informes de laboratorio	___ Notas de operación
___ Otro: _____	_____	_____

**LLENE ESTA SECCIÓN PARA SOLICITAR SUS REGISTROS O LOS REGISTROS DE SU HIJO**

\_\_\_\_\_(iniciales) Por medio de la presente solicito acceso a información protegida sobre mi salud. Entiendo que debo llenar una autorización nueva para tener acceso en el futuro a información sobre atención médica brindada en las siguientes áreas: psiquiatría, conductual, salud mental, VIH, genética. Esta autorización es válida para la atención médica general, pasada y futura, brindada a pacientes adultos y pacientes de menos de 12 años. Para pacientes entre 12 y 17 años de edad, el padre o la madre debe llenar un formulario de autorización nuevo; el acceso dado al padre o la madre está limitado a 30 días y a registros anteriores a la fecha de la autorización.

**LLENE ESTA SECCIÓN PARA SOLICITUDES DE OTRA PERSONA U OTRO PROVEEDOR:**

Por medio de la presente autorizo a Baystate Health a:  obtener de o  divulgar la información protegida sobre mi salud a: (Se requiere un formulario de autorización aparte para cada vez que se divulgue información).

**LLENE ESTA SECCIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE REGISTROS CONFIDENCIALES ESPECÍFICOS. Se requiere un formulario de autorización aparte para cada categoría.**

\_\_\_\_\_(iniciales) **VIH/SIDA (HIV/AIDS):** Por medio de la presente autorizo que se divulgue información protegida sobre mi salud relativa a pruebas de VIH y/o diagnóstico y/o tratamiento para el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) solo a la persona u organización mencionada anteriormente y solo a los propósitos especificados anteriormente.

\_\_\_\_\_(iniciales) **PRUEBAS GENÉTICAS (GENETIC TESTING):** Por medio de la presente autorizo que se divulgue información protegida sobre mi salud relativa a resultados de pruebas genéticas solo a la persona u organización mencionada anteriormente y solo a los propósitos especificados anteriormente.

\_\_\_\_\_(iniciales) **TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO Y LA DROGADICCIÓN (ALCOHOL AND DRUG):** Por medio de la presente autorizo que se divulguen los registros de un programa autorizado para el tratamiento del alcoholismo y la drogadiccción a la persona u organización mencionada anteriormente y solo a los propósitos especificados anteriormente. Comprendo que mis registros sobre tratamiento del alcoholismo y la drogadiccción están protegidos según lo previsto en las normas federales que gobiernan la Confidencialidad de los Registros de Pacientes Alcohólicos o Drogadictos. También comprendo que mis Registros sobre Alcoholismo y Drogadiccción no se podrán volver a divulgar sin mi autorización expresa.

\_\_\_\_\_(iniciales) **REGISTROS DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS HOSPITALIZADOS, O REGISTROS DE PSICÓLOGOS O PSICOTERAPEUTAS (PSYCHIATRIC RECORDS):** Por medio de la presente autorizo que se divulguen los registros de tratamiento psiquiátrico y/o los registros de un psicólogo o psicoterapeuta solo a la persona u organización mencionada anteriormente y solo a los propósitos especificados anteriormente.

\_\_\_\_\_**Registros de consejeros especializados en maltrato y violencia doméstica (Domestic violence)**

\_\_\_\_\_**Registros de consejeros especializados en agresiones sexuales (Sexual assault)**

\_\_\_\_\_**Registros de servicios sociales (Social service)**

\_\_\_\_\_**Registros de enfermedades de transmisión sexual (STD)**

### AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Comprendo que la información utilizada o divulgada como resultado de esta autorización puede ser utilizada o divulgada\* también por la persona que obtenga esta información, y por lo tanto quizás ya no esté protegida por las leyes federales sobre privacidad.

Salvo en la medida que lo permita la ley, el tratamiento que brinde Baystate Health no estará condicionado por la firma de esta autorización.

Reconozco que he firmado esta autorización voluntariamente y que estos registros se divulgarán porque así lo he solicitado. También comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, salvo en la medida que se haya tomado alguna acción en base a ella. Para revocar esta autorización, llene nuestro Formulario de revocación de autorización y envíelo a nuestra oficina: Baystate Health, Health Information Management, 759 Chestnut Street, Springfield, MA 01199.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante del paciente (Signature of patient or patient's representative)

\_\_\_\_\_  
Fecha (Date)

Si usted es el representante del paciente, especifique su autoridad como representante o relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**LE PROPORCIONAREMOS UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO FIRMADO**