



Internal Use Only	MRN _____
	Completed by _____ Date _____

AUTHORIZATION TO RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION

Patient Information	First Name	Middle Initial	Last Name	Medical Record # (if known)		
	Date of Birth		Phone Number			
	Street Address		City	State	Zip Code	
Records to be Released From	Name/Facility					
	Address	City	State	Zip		
	Phone	Fax				
Records to be Released To	Name/Facility					
	Address	City	State	Zip		
	Phone	Fax				
Information to be sent <i>(for continued medical care/transfer BMC will release the last 2 yrs. of information unless otherwise indicated)</i>	I want my records related to:					
	I want my records for these dates of service:					
	I only want the document(s) below for these dates of service:					
	<input type="checkbox"/> History & Physical <input type="checkbox"/> EKGs <input type="checkbox"/> Laboratory Reports <input type="checkbox"/> Progress Notes <input type="checkbox"/> Emergency Records <input type="checkbox"/> Specialty Consults <input type="checkbox"/> Immunizations <input type="checkbox"/> Pathology Reports <input type="checkbox"/> Radiology Reports <input type="checkbox"/> Discharge Summary <input type="checkbox"/> Clinic Notes <input type="checkbox"/> Operative Reports <input type="checkbox"/> Radiology Images <input type="checkbox"/> Therapy Notes <input type="checkbox"/> Billing Records <input type="checkbox"/> Other _____					
<i>All information regarding alcohol and/or drug abuse, behavior health, or HIV/AIDS will be released unless you restrict by initialing</i>						
_____ Substance Abuse (Drugs and/or Alcohol) _____ Mental/Behavioral Health _____ HIV/AIDS related information						
Purpose for Release	<input type="checkbox"/> Personal Use <input type="checkbox"/> Insurance Eligibility/Benefits <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> Legal Investigation <input type="checkbox"/> Disability Determination <input type="checkbox"/> Continued Medical Care <input type="checkbox"/> Transferring Care					
	Release Method	Paper <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Fax -> Number _____ <input type="checkbox"/> View my record <input type="checkbox"/> Pick up -> Date _____ <input type="checkbox"/> Secure email (recommended method) <input type="checkbox"/> Verbal exchange of information Email address _____				

Authorization and Revocation		<ul style="list-style-type: none"> • A photocopy of this authorization is as valid as the original. • This authorization will be valid for 1 year from the date of signature, unless a date is specified. _____ • I may inspect or receive a copy of the information to be used or disclosed. • I understand the information I authorize a person/entity to receive may be re-disclosed and no longer protected by federal/state privacy regulations. • I understand this authorization is voluntary and I may refuse to sign. My refusal to sign will not affect my eligibility for benefits or enrollment, payment for or coverage of services, or ability to obtain treatment. • I understand I may revoke this authorization at any time by contacting the Health Information Management department in writing, except to the extent that a) records have been released or b) if this authorization is obtained as a condition of obtaining insurance coverage, other law provides the insurer with the right to contest a claim under the policy or the policy itself. • There may be fees associated with copying records (based on Wisconsin statutes). 				

Patient / Legal Guardian Signature

Authority to Sign

Date

Record Definition: The record(s) defined for release include record(s) generated at Burnett Medical Center. **Multiple Releases of Information:** A patient may request multiple releases of information stated on the Authorization form. However, all releases based on this form are limited to records dated up to and including the date of the patient's signature. A new Authorization is necessary for release of information for care provided after the date of the patient's signature, unless the Authorization specifically states that specific records generated in the future may be released, for example "future records of a specific test/visit". The patient/representative must contact us regarding these future releases. **NOTE:** To recipient of information: This information has been disclosed to you from records whose confidentiality is protected by state and federal law. Unless the records of your program are also subject to these laws, you may not make any further disclosure of this information without the specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by such regulations. A general authorization for the release of medical or other information is not sufficient for this purpose. **HIV Test Results:** HIV test results may be disclosed without the test subject's permission in certain circumstances. A list of such circumstances is available to the test subject upon request to Burnett Medical Center.



Uso interno únicamente	MRN _____
	Completado por _____ Fecha _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Información del paciente	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Apellido	Nro. de historia clínica (si se conoce)	
	Fecha de nacimiento		Número de teléfono		
	Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Quién publicará la historia clínica	Nombre/Centro				
	Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
	Teléfono		Fax		
Quién recibirá la historia clínica publicada	Nombre/Centro				
	Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
	Teléfono		Fax		
Información a enviar (para atención médica continua/traslado, BMC divulgará la información de los últimos 2 años, a menos que se indique lo contrario)	Quiero mi historia clínica relacionada con:				
	Quiero mi historia clínica de estas fechas de servicio:				
	Solo quiero los documentos siguientes para estas fechas de servicio:				
	<input type="checkbox"/> Antecedentes y exámenes físicos	<input type="checkbox"/> Electrocardiograma	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio	<input type="checkbox"/> Notas sobre el progreso	<input type="checkbox"/> Registros de emergencia
<input type="checkbox"/> Consultas de especialidad	<input type="checkbox"/> Vacunas	<input type="checkbox"/> Informes de patología	<input type="checkbox"/> Informes de radiología	<input type="checkbox"/> Resumen del alta	
<input type="checkbox"/> Notas de la clínica	<input type="checkbox"/> Informes operativos	<input type="checkbox"/> imágenes radiológicas	<input type="checkbox"/> Notas sobre la terapia	<input type="checkbox"/> Registros de facturación	
<input type="checkbox"/> Otros _____					
Toda la información relacionada con el abuso de alcohol o drogas, la salud conductual o el VIH/SIDA se divulgará, a menos que usted lo restrinja colocando sus iniciales					
_____ Abuso de sustancias (drogas o alcohol)		_____ Salud mental/conductual		_____ Información relacionada con el VIH/SIDA	
Propósito de la divulgación	<input type="checkbox"/> Uso personal	<input type="checkbox"/> Elegibilidad/Beneficios del seguro	<input type="checkbox"/> Otros: _____		
	<input type="checkbox"/> Investigación legal	<input type="checkbox"/> Determinación de incapacidad			
	<input type="checkbox"/> Atención médica continua	<input type="checkbox"/> Transferencia de atención			
Método de divulgación	Impreso <input type="checkbox"/> Correo postal	<input type="checkbox"/> CD			
	<input type="checkbox"/> Fax -> Número _____	<input type="checkbox"/> Ver mi historia clínica			
	<input type="checkbox"/> Recolección -> Fecha _____	<input type="checkbox"/> Correo electrónico seguro (método recomendado)			
Autorización y revocación	<input type="checkbox"/> Intercambio verbal de información				
	Dirección de correo _____				
	<ul style="list-style-type: none"> Una fotocopia de esta autorización tiene la misma validez que el original. Esta autorización tendrá una validez de 1 año a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique una fecha. _____ Entiendo que puedo revisar o recibir una copia de la información que se usará o divulgará. Entiendo que la información que autorizo a una persona o entidad a recibir puede divulgarse nuevamente y ya no estará protegida por las normas de privacidad federales o estatales. Entiendo que esta autorización es voluntaria y puedo negarme a firmarla. Mi negativa a firmar no afectará la posibilidad de acceder a las prestaciones o a la inscripción, el pago o la cobertura de los servicios, ni mi capacidad para obtener tratamiento. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento poniéndome en contacto por escrito con el Departamento de Administración de Información de la Salud, excepto en los casos en que a) se hayan divulgado historias clínicas o b) si esta autorización se obtiene como condición para obtener cobertura de un seguro, otra ley otorga a la compañía de seguros el derecho a impugnar una reclamación en virtud de la póliza o la póliza misma. Puede haber tarifas asociadas con la copia de historia clínica (según los estatutos de Wisconsin). 				

Firma del paciente/tutor legal

Facultad para firmar

Fecha

Definición de la historia clínica: Las historias clínicas definidas para divulgación incluyen las historias clínicas generadas en Burnett Medical Center. Múltiples divulgaciones de información: Un paciente puede solicitar múltiples divulgaciones de información según se indica en el formulario de autorización. Sin embargo, todas las divulgaciones basadas en este formulario se limitan a historias clínicas fechadas hasta la fecha (inclusive) de la firma del paciente. Es necesaria una Autorización nueva para divulgar información sobre la atención brindada después de la fecha de la firma del paciente, a menos que la autorización indique específicamente que se pueden divulgar historias clínicas específicas generadas en el futuro, por ejemplo, "historias clínicas futuras de una prueba o consulta específica". El paciente o su representante debe comunicarse con nosotros con respecto a estas divulgaciones futuras. NOTA: Para el destinatario de la información: Esta información le ha sido divulgada a partir de registros cuya confidencialidad está protegida por las leyes estatales y federales. A menos que los registros de su programa también estén sujetos a estas leyes, no puede divulgar nuevamente esta información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permitan dichas regulaciones. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este propósito. Resultados de la prueba del VIH: Los resultados de la prueba de detección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) pueden divulgarse sin el permiso del sujeto de la prueba en determinadas circunstancias. El sujeto de la prueba puede obtener una lista de tales circunstancias si lo solicita a Burnett Medical Center.