



AUTHORIZATION TO RELEASE/RECEIVE PATIENT HEALTH INFORMATION

301 W. 6th Avenue
Denver, CO 80204-4507
303-602-8000 (P) 303-602-8003 (F)
DH_HIM@dhha.org

MR# _____

Patient's Legal Name _____ Date of Birth _____
Print Last Name, First Name mm/dd/yy

Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____

Social Security No. _____ Telephone No. _____

AUTHORIZATION TO RELEASE DENVER HEALTH MEDICAL RECORDS

I request that Denver Health disclose my health information to / receive my health information from (please circle):

Name _____

Address _____

City, State _____ Zip Code _____ Telephone _____ Fax _____

Information to be released:

Date(s) of Service _____

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Billing Record | <input type="checkbox"/> Denver CARES | <input type="checkbox"/> Laboratory Reports | <input type="checkbox"/> Operative Report |
| <input type="checkbox"/> Clinic Notes | <input type="checkbox"/> Discharge Summary | <input type="checkbox"/> Medication List | <input type="checkbox"/> Radiologic Images |
| <input type="checkbox"/> Consultation Reports | <input type="checkbox"/> DH Paramedic Trip Report | <input type="checkbox"/> MyChart Activation Code | <input type="checkbox"/> Radiology Reports |
| <input type="checkbox"/> Demographic/Face Sheet | <input type="checkbox"/> Immunization Report | <input type="checkbox"/> Other: _____ | |

I understand by checking any boxes below, I have given permission to release confidential information related to HIV, Mental Health Care, or Drug and Alcohol Treatment, which is protected by federal law 42 CFR, Part 2.

(If these boxes are not checked, this information will **NOT** be released.)

- Diagnosis and/or treatment relating to drug or alcohol abuse
- Diagnosis and/or treatment relating to mental health conditions
- Diagnosis and/or treatment relating to HIV testing, infection or diagnosis and/or treatment for AIDS

I request that the records be released in the following format:

- Printed
- E-mailed
- Saved on CD
- Reviewed in EHR
- Posted on MyChart

I request that the records be released in the following manner:

- Mailed (To address above)
- Faxed (To number above)
- Picked Up (Contact phone above)

I authorized _____ to give **VERBAL** information regarding my treatment to the following person(s): _____

These records will be used/disclosed for the purpose of: (must select one purpose)

- Continuing Care
- Legal
- Personal Use
- Claim
- Other (Specify) _____

REQUEST TO VIEW DENVER HEALTH MEDICAL RECORDS

I request the opportunity to inspect my medical records in the Health Information Department.

AUTHORIZATION

I give Denver Health permission to disclose my protected health information as listed above. I understand that I may inspect or copy the information to be used or disclosed, as provided in CFR 164.524. I acknowledge that once this information is disclosed, it may no longer be protected. I understand that I have a right to revoke this authorization at any time by giving my written notice of cancellation to the Health Information Management Department. I understand that the revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization. This authorization will automatically expire **180 days** from the date of my signature, unless otherwise specified as follows: _____

I understand that authorizing the disclosure of this health information is voluntary. I need not sign this form in order to ensure treatment. A copy, facsimile or scan of this authorization is to be considered as valid as the original. If I have questions about disclosure of my health information, I can contact the Health Information Management Department Monday - Friday 8:00 a.m. - 4:30 p.m. **I UNDERSTAND THAT A FEE MAY BE CHARGED TO COVER THE COST OF PRODUCING THE RECORDS**, as allowed by Colorado State Regulation.

Patient/Personal Representative Signature _____ Date _____
mm/dd/yy

Personal Representative Relationship to Patient _____



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR/RECIBIR INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

301 W. 6th Avenue
Denver, CO 80204-4507
303-602-8000 (P) 303-602-8003 (F)
DH_HIM@dhha.org

MR# _____

Nombre legal del paciente _____ Fecha de nacimiento _____
Apellido, nombre (en letra de molde) mm/dd/aa

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

N.º de Seguro Social _____ N.º de teléfono _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR EXPEDIENTES MÉDICOS DE DENVER HEALTH

Solicito que Denver Health divulga mi información médica a / recibir mi información médica de (marque con un circulo):

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad, Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____ Fax _____

Información que debe divulgarse:

Fecha del servicio _____

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Registro de facturación | <input type="checkbox"/> Denver CARES | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Informe de operaciones |
| <input type="checkbox"/> Notas clínicas | <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos | <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología |
| <input type="checkbox"/> Informes de consultas | <input type="checkbox"/> Informe de traslado con paramédicos de DH | <input type="checkbox"/> Código de Activación en MyChart | <input type="checkbox"/> Informes de radiología |
| <input type="checkbox"/> Página de datos demográficos/inicial | <input type="checkbox"/> Informe de vacunaciones | <input type="checkbox"/> Otros: _____ | |

Entiendo que al marcar cualquiera de las casillas a continuación, otorgo permiso para divulgar información confidencial relacionada con VIH, atención de salud mental o tratamiento por consumo de drogas o alcohol, la cual está protegida por la Parte 2 del Código de Reglamentaciones Federales 42 CFR de la ley federal.

(Si estas casillas no están marcadas, esta información **NO** será divulgada).

- Diagnóstico o tratamiento relacionado con el consumo de drogas o alcohol
- Diagnóstico o tratamiento relacionado con problemas de salud mental
- Diagnóstico o tratamiento relacionado con pruebas de VIH, infección por VIH, diagnóstico o tratamiento del SIDA
- Solicito que los expedientes se divulguen en el formato siguiente:**
- Impreso Correo electrónico En CD Revisión en expediente médico electrónico Publicados en MyChart

Solicito que los expedientes se divulguen de la siguiente manera:

- Correo (dirección indicada arriba) Fax (número indicado arriba) Retirar en persona (teléfono de contacto arriba)
- Autorizo a _____ para que brinde **VERBALMENTE** información sobre mi tratamiento a la(s) siguiente(s) persona(s):

Estos expedientes se utilizarán/divulgarán para fines de: (se debe seleccionar un fin)

- Atención continua Legal Uso personal Reclamo Otro (especificar) _____

SOLICITUD PARA VER EXPEDIENTES MÉDICOS DE DENVER HEALTH

Solicito la oportunidad de inspeccionar mis expedientes médicos en el Departamento de Información Médica.

AUTORIZACIÓN

Doy permiso a Denver Health para divulgar mi información médica protegida como se indica anteriormente. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se usará o divulgará, según se establece en CFR 164.524. Entiendo que una vez que esta información se divulgue, es posible que ya no esté protegida. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso de cancelación por escrito al Departamento de Administración de la Información Médica. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada en respuesta a la presente autorización. Esta autorización vencerá automáticamente una vez transcurridos **180 días** a partir de la fecha de mi firma, a menos que se especifique lo contrario de la siguiente manera: _____

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información médica es un acto voluntario. No necesito firmar este formulario para recibir tratamiento. Una fotocopia, facsímil o una copia escaneada de la presente autorización tendrán la misma validez que el original. Si tengo preguntas acerca de la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme con el Departamento de Administración de la Información Médica de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. **ENTIENDO QUE ES POSIBLE QUE SE COBRE UNA TARIFA PARA CUBRIR EL COSTO DE PRODUCIR LOS EXPEDIENTES**, según lo permitido por el Reglamento del Estado de Colorado.

Firma del paciente/representante personal _____ Fecha _____
mm/dd/aa

Relación entre el representante personal y el paciente _____

