One Patient Per Authorization Form

Carolinas HealthCare System - CPN Ongoing Communications Authorization for Release of Health Information Form

I hereby authorize the use or disclosure of my identifiable health information as described below. I understand that if the organization authorized to receive the information is not an insurance company or health care provider, the released information may no longer be protected by federal privacy regulations once it is disclosed.

PURPOSE OF RELEASE: ☒ Ongoing Communication regarding your healthcare.

RELEASE FROM: The facility/practice/individual listed below is authorized to release the requested health information:
Facility/Practice Name: _____ **Telephone #:** _____

DATES OF SERVICE, RANGE OF TIME OR EVENT(S): The facility/practice/individual listed above is authorized to release the requested health information listed below for the following: date(s) of service, range of time or events(s):
From: (MM/DD/YY) Beginning of treatment To: (MM/DD/YY) End of Treatment
This authorization will expire when the requested health information (as noted below), for the requested date(s) of service, range of time or event(s) (as noted above), is released to the recipient named in this document and the purpose of the release is satisfied.

CHECK THE SPECIFIC INFORMATION TO BE RELEASED:

❑ **All Records & Details** ❑ **Other (Please Specify)** _____

I understand that the information in my medical record may include information relating to treatment of drug or alcohol abuse, sickle cell anemia, psychological or psychiatric impairments, sexually transmitted disease, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), AIDS related complex (ARC) and/or human immunodeficiency virus (HIV).

NAME OF PATIENT WHOSE INFORMATION IS TO BE RELEASED:

Patient Name: _____ _____ _____
First Middle/Maiden Last

Patient Address: _____
(Street Address/PO Box, City, State, Zip)

Social Security #: _____ **Date of Birth:** _____ **Medical Record/Chart #** _____

Please provide phone numbers where you are authorizing CHS to leave patient information as described above:

Home: _____ **Work:** _____ **Cell:** _____

RELEASE TO: This information may be released to and used by the following individuals/organizations. A separate authorization must be completed if the information being released or the purpose differs between the individuals/organizations listed below:

Name	Address	Telephone/Fax #	Relationship

PATIENT'S RIGHTS AND SIGNATURE:

- I understand that I have a right to revoke this authorization at any time by notifying the Medical Record Department of the above named organization in writing. I understand that revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization.
- I understand that authorizing the disclosure of this private health information is voluntary and I can refuse to sign this authorization.
- I understand that I may request to inspect or obtain a copy of the information to be used or disclosed per CHS' Notice of Privacy Practices/Policy.
- I understand that my treatment cannot be conditioned on signing this authorization unless I am being treated so that a third party can receive my health information, such as an employer for a return to work evaluation, an insurance company for eligibility, or a research project in which I am participating.

If the patient is a minor or is clinically unable to sign, an authorized representative may sign this authorization.

PRINT NAME (Patient/Authorized Representative): _____

SIGNATURE: _____ **DATE:** _____

If Authorized Representative, please indicate relationship to patient: ❑ Spouse ❑ Parent ❑ Guardian ❑ Executor of Estate ❑ Power of Attorney

MINOR'S SIGNATURE: Please note, if the minor consents (no guardian is present to consent) for their own treatment for pregnancy, venereal disease, or emotional disturbance, the minor must sign this authorization. When the patient is a minor being treated for substance abuse, the minor must sign this authorization, regardless of who consented for treatment.

NAME OF MINOR: _____ **SIGNATURE OF MINOR:** _____ **DATE:** _____

Un Paciente Por Formulario de Autorización

Carolinas HealthCare System – CPN Ongoing Communications

Formulario de Autorizacion de CPN para dar a conocer la información de salud para comunicacion en curso. Por medio del presente, autorizo el uso o la revelación de mi información de salud identificable como es descrito abajo. Entiendo que si la organización autorizada a recibir la información no es una compañía de seguro o un proveedor de salud, la información entregada podría ya no ser protegida por las regulaciones federales de privacidad una vez sea entregada.

PROPÓSITO DE LA ENTREGA: ☒ Comunicación en curso en cuanto a sus cuidados de salud.

ENTREGA POR PARTE DE: La instalación/consultorio/individuo anotado abajo está autorizado a entregar la información de salud solicitada:

Nombre de la instalación/consultorio: _____ **Número Telefónico** _____

FECHAS DE SERVICIO, MÁRGEN DE TIEMPO, O EVENTOS (S): La instalación/consultorio/individuo anotado arriba está autorizado a entregar la información de salud solicitada anotada abajo para las siguientes: fecha (s) de servicio, márgen de tiempo, o evento (s):

Desde (mes/día/año) Principio del Tratamiento _____ **Hasta (mes/día/año) Final del Tratatmiento** _____

Esta autorización expirará cuando la información de salud solicitada (como está descrito abajo), para la fecha (s) de servicio solicitada, márgen de tiempo, o evento (s) (como está descrito arriba), sea entregada al recipiente nombrado en este documento y el propósito de la entrega sea satisfecho.

MARQUE LA INFORMACIÓN ESPECÍFICA A SER ENTREGADA:

❑ **Todos los historiales y detalles** ❑ **Otros (por favor especifíque)** _____

Entiendo que la información en mi historial médico puede incluir información relacionada a tratamiento de abuso de droga o alcohol, anemia de células falciformes, insuficiencia psicológica o psiquiátrica, enfermedades por transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), complejo relacionado al SIDA y/o otros virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

NOMBRE DEL PACIENTE CUYA INFORMACIÓN SERÁ ENTREGADA:

Nombre del Paciente: _____ _____ _____
Primer Segundo/De Soltera Apellido

Dirección del Paciente: _____
(Dirección de Calle/Apdo. Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)

Número de Seguro Social: _____ **Fecha de Nacimiento** _____ **Número de Historial/Hoja Médica** _____

Por favor, provea los números telefónicos donde usted está autorizando a CHS a dejar la información del paciente descrita arriba:

Casa: _____ **Trabajo:** _____ **Celular:** _____

ENTREGAR A: Esta información puede ser entregada a y usada por los siguientes individuos/organizaciones. Una autorización aparte debe ser completada si la información entregada o el propósito difieren entre los individuos/organizaciones anotados abajo:

Nombre	Dirección	Número Telefónico/Fax	Parentesco/Relación

DERECHOS Y FIRMA DEL PACIENTE:

- Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento al notificar por escrito al Departamento de Registros Médicos ("Medical Record Department") de la organización mencionada arriba. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido entregada en respuesta a esta autorización.
- Entiendo que autorizar la revelación de esta información de salud privada es voluntario y puedo rehusarme a firmar esta autorización.
- Entiendo, según el Anuncio de Cómo Manejamos la Privacidad de CHS, que puedo solicitar para inspeccionar u obtener una copia de la información a ser usada o revelada.
- Entiendo que mi tratamiento no puese ser condicionado por firmar esta autorización a menos que esté siendo tratado para que una tercera entidad pueda recibir mi información de salud, tal como un empleador con una evaluación para regresar al trabajo, una compañía de seguros para eligibilidad, ó un projecto de investigación en el cuál esté participando.

Si el paciente es menor de edad o es incapaz clínicamente de firmar, un representante autorizado puede firmar esta autorización.

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA (Paciente/Representante Autorizado): _____

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

Si la firma es de un Representante Autorizado, por favor, indique su parentesco/relación: ❑ Esposo/a ❑ Padre/Madre ❑ Guardián ❑ Testamentario ❑ Apoderado

FIRMA DEL MENOR DE EDAD: Por favor note, si el menor consiente (no hay guardian presente para consentir) para su propio tratamiento por embarazo, enfermedad venérea, o trastorno emocional, el menor debe firmar esta autorización. Cuando el paciente es un menor siendo tratado por abuso de drogas o alcohol, el menor debe firmar esta autorización, sin importar quien consintió para el tratamiento.

NOMBRE DEL MENOR: _____ **FIRMA DEL MENOR:** _____ **FECHA:** _____