



AUTHORIZATION TO DISCLOSE HEALTH INFORMATION

I hereby authorize the AtlantiCare entity indicated below.

Table with 2 columns and 3 rows of checkboxes for AtlantiCare entities: Behavioral Health, Regional Medical Center, Surgery Center, Health Services, Foundation, and IT.

to release the health information of:

Name (please print) \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

to the person or entity listed below:

Recipient's name \_\_\_\_\_

Recipient's address \_\_\_\_\_

Recipient's telephone \_\_\_\_\_ Recipient's fax \_\_\_\_\_

Information is to be released from records pertaining to:

Table with 4 columns: Ambulatory, Inpatient, Emergency Department, Other.

For date(s) of service: \_\_\_\_\_

Specific information to be released:

Table with 2 columns and 4 rows of checkboxes for specific information: Complete medical record, Laboratory tests, Alcohol / Substance Abuse, Mental Health, Radiology, Cardiac tests, AIDS / HIV, Psychotherapy Notes.

Other (specify) \_\_\_\_\_

Information is to be released for the purpose of: \_\_\_\_\_

I understand that the terms of this authorization are governed by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) and other applicable state and federal regulations...

I understand that I am not required to sign this authorization and that AtlantiCare may not condition treatment or services on my execution of this authorization.

I understand that the information disclosed by this authorization may be redisclosed by the recipient and will no longer be protected by HIPAA.

This authorization will expire upon the release of the information described above or 4 months after the date of the authorization, unless specified otherwise. Expiration date: \_\_\_\_\_

Signature of patient or personal representative \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_

Personal representative's relationship to patient \_\_\_\_\_

Patient is entitled to a copy of signed authorization



### AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA

Por la presente autorizo a la entidad de AtlantiCare señalada a continuación

<input type="checkbox"/> Salud del comportamiento de AtlantiCare	<input type="checkbox"/> Servicios de salud de AtlantiCare
<input type="checkbox"/> AtlantiCare Regional Medical Center	<input type="checkbox"/> Fundación AtlantiCare
<input type="checkbox"/> Centro quirúrgico de AtlantiCare	<input type="checkbox"/> AtlantiCare IT

a revelar la información médica de:

Nombre (por favor escribir en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
a la persona o entidad señalada a continuación:

Nombre del destinatario \_\_\_\_\_

Dirección del destinatario \_\_\_\_\_

Teléfono del destinatario \_\_\_\_\_ Fax del destinatario \_\_\_\_\_

La información será revelada de los registros de:

<input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Pacientes internos	<input type="checkbox"/> Departamento de emergencia	<input type="checkbox"/> Otros _____
--------------------------------------	---------------------------------------------	-----------------------------------------------------	--------------------------------------

Fecha (s) del servicio: \_\_\_\_\_

Información específica que será revelada:

<input type="checkbox"/> Expediente médico completo	<input type="checkbox"/> Radiología
<input type="checkbox"/> Exámenes de laboratorio	<input type="checkbox"/> Pruebas cardiacas
<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias y/o alcohol	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA
<input type="checkbox"/> Salud mental	<input type="checkbox"/> Información de psicoterapia

Otros (especifique) \_\_\_\_\_

La información será revelada para fines: \_\_\_\_\_

Comprendo que los términos de esta autorización se rigen por la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) y otras normas federales y del estado que apliquen. Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, antes que AtlantiCare cumpla con la solicitud. La revocación debe ser por escrito y está sujeta a los términos descritos en el Declaración de Práctica de Privacidad y otras políticas de AtlantiCare.

Comprendo que no estoy obligado a firmar esta autorización y que AtlantiCare no puede condicionar ningún tratamiento o servicio al otorgamiento de esta autorización.

Comprendo que la información revelada mediante esta autorización, puede ser también revelada por el destinatario y ya no estará protegida por HIPAA.

Esta autorización queda sin efecto una vez revelada la información arriba descrita o cuatro meses después de la fecha de su emisión, a no ser que se especifique lo contrario. Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o persona que lo representa: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Relación del paciente con la persona que lo representa: \_\_\_\_\_

*El paciente tiene el derecho a una copia de la autorización firmada*