

INCOMING TO MAHEC

MAHEC Internal Medicine
123 Hendersonville Road, Asheville, NC 28803
Business Office Phone: (828) 771-5489 | Fax: (828) 407-2637

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

COMPLETE ALL SECTIONS, DATE, AND SIGN

| | |
|--|-----------------------------|
| Patient Name: _____ | Date of Birth: _____ |
| I authorize the use or disclosure of the above named individual's health information as described below. | |

| | |
|---|----------------------------------|
| The information is to be disclosed by: | And is to be provided to: |
| NAME OF FACILITY: | MAHEC Internal Medicine |
| ADDRESS: | 123 Hendersonville Road |
| CITY/STATE: | Asheville, NC 28803 |
| PHONE #: _____ FAX #: _____ | |

The purpose or need for this disclosure is:

I understand that the information released may include sensitive information related to behavior and/or mental health, drugs and alcohol (including records of a program that provides alcohol or drug abuse diagnosis, treatment, or referral, as defined by federal law at 42 CFR Part 2), rape, abuse (sexual, physical, elder, spousal, etc.) abortion, sexual diseases like HIV/AIDS and other communicable disease and genetic testing.

Information to be disclosed: *(check appropriate box(es))*

Standard release (last 3 years of notes, lab/x-ray reports, med list, allergy list, immunization record, consult notes.)

Only information related to *(specify):* _____

Only the period of events from: _____ to _____

Entire medical record

Exclusions

- AIDS/HIV test results, diagnosis, treatment, and related information
- Drug screen results and information about drug and alcohol use and treatments
- Mental health notes
- Genetics testing

I understand that this authorization will expire 90 days from the date it is signed unless I have specified a different expiration date or expiration event as follows. _____

I understand that I may cancel this authorization at any time by notifying in writing the MAHEC Privacy Officer, 121 Hendersonville Road Asheville, NC 28803, and this authorization will cease to be effective on the date notified except to the extent action has already been taken in reliance upon it.

I understand that information used or disclosed by this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected by federal or state laws.

I understand that MAHEC will not condition treatment or eligibility for care on the provision of this authorization except if such care is: (1) research related or (2) provided solely for the purpose of creating Protected Health Information for disclosure to a third party.

By signing below, I acknowledge that I have read and understand this Authorization.

| | |
|---|------|
| SIGNATURE OF PATIENT | DATE |
| SIGNATURE OF AUTHORIZED REPRESENTATIVE PATIENT, IF APPLICABLE <i>(State relationship to Patient)</i> | DATE |
| WITNESS TO SIGNATURE, IF APPLICABLE | DATE |

YOU ARE ENTITLED TO A COPY OF THIS AUTHORIZATION AFTER YOU SIGN IT.

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES, FECHAR Y FIRMAR

| | | | |
|---|------|---|--|
| Nombre y apellidos del/la paciente: _____ | | Fecha de nacimiento: _____ | |
| Autorizo el uso o la divulgación de la información de salud de la arriba citada persona como se describe a continuación. | | | |
| Se divulga la información por: | | Y se proporciona la información a: | |
| NOMBRE DE LA INSTALACIÓN: | | MAHEC Internal Medicine | |
| DIRECCIÓN: | | 123 Hendersonville Road | |
| CIUDAD/ESTADO | | Asheville, NC 28803 | |
| TEL: | FAX: | | |
| El propósito o la necesidad de esta divulgación es: | | | |
| <p>Comprendo que la información que se divulga puede incluir información sensible acerca de salud conductual y/o mental, drogas y alcohol (incluyendo datos sobre un programa que provee diagnóstico y tratamiento de, o referencia por abuso de alcohol o drogas, como es definido por la ley federal en Parte 2, Título 42 del Código de Regulaciones Federales (42 CFR Part 2), violación, abuso o maltrato (sexual, físico, hacia una persona mayor, conyugal, etcétera), aborto, enfermedades sexuales, tal como VIH/SIDA y otras enfermedades transmisibles y pruebas genéticas.</p> <p>Información a ser divulgada: <i>(marque la(s) casilla(s) adecuada(s))</i></p> <p>Información a ser divulgada: <i>(marque la(s) casilla(s) adecuada(s))</i></p> <p><input type="checkbox"/> Autorización estándar (anotaciones de los últimos tres años, informes de análisis de laboratorio y de radiografías, lista de medicinas, lista de alergias, registro de inmunizaciones, anotaciones de consultas.)</p> <p><input type="checkbox"/> Únicamente la información relacionada con (especifique): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Únicamente el período de eventos de: _____ hasta _____</p> <p><input type="checkbox"/> Expediente médico completo</p> <p><input type="checkbox"/> Exclusiones ___ Resultados de pruebas de VIH/SIDA, diagnóstico, tratamiento, e información relacionada ___ Resultados de pruebas de drogas e información sobre el uso de drogas y alcohol, y los tratamientos por ello. ___ Documentaciones de salud mental ___ Pruebas genéticas</p> <p>Comprendo que esta autorización se vencerá 90 días después de la fecha de firma, al no ser que yo he especificado una fecha de vencimiento diferente o evento de vencimiento como se indica a continuación: _____</p> <p>Comprendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al MAHEC Privacy Officer (oficial de privacidad de MAHEC), 121 Hendersonville Road, Asheville, NC 28803, y que esta autorización cesa de tener efecto en la fecha de notificación, excepto en la medida de las acciones ya tomadas en dependencia de ella.</p> <p>Comprendo que la información usada o divulgada por esta autorización puede estar sujeta a otras divulgaciones por parte del destinatario y posiblemente deje de estar protegida por las leyes federales o estatales.</p> <p>Comprendo que la provisión de esta autorización no será un requisito para MAHEC para brindar tratamiento o elegibilidad de atención, a excepción si tal atención es: (1) relacionada con investigación, o (2) proporcionada solamente con el propósito de crear información protegida de salud para la divulgación a un tercero.</p> <p>Al firmar a continuación, declaro que he leído y comprendo esta autorización.</p> | | | |
| FIRMA DEL/LA PACIENTE | | FECHA | |
| FIRMA DEL/LA REPRESENTANTE AUTORIZADO/A DEL/LA PACIENTE, SI CORRESPONDE <i>(Declare el parentesco con el/la paciente)</i> | | FECHA | |
| FIRMA DEL TESTIGO, SI CORRESPONDE | | FECHA | |

USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN DESPUÉS DE HABERLA FIRMADO.