



# 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/RECEIVE 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 \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

### Information to be released:

Date(s) of Service \_\_\_\_\_

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

I understand by checking any boxes below, I have given permission to release confidential information related to drug and/or alcohol treatment, which is protected by federal law 42 CFR, Part 2, mental health conditions, and/or HIV treatment.

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

Denver CARES     Methadone Treatment     STEP Program     Suboxone Treatment

Other: \_\_\_\_\_

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 manner:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> CD                        | <input type="checkbox"/> Emailed (To address above)      | <input type="checkbox"/> Faxed (To the Number Above) |
| <input type="checkbox"/> Mailed (To address above) | <input type="checkbox"/> Picked Up (Contact phone above) | <input type="checkbox"/> MyChart                     |
| <input type="checkbox"/> Printed                   | <input type="checkbox"/> Reviewed in EHR                 |  |

I authorize \_\_\_\_\_ 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)

- Claim     Continuing Care     Legal     Personal Use     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 O RECIBIR INFORMACIÓN DE SALUD 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

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social \_\_\_\_\_ N.º de teléfono \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR O RECIBIR REGISTROS MÉDICOS DE DENVER HEALTH

Solicito que Denver Health divulgue mi información de salud a o reciba mi información de salud de (indique con un círculo):

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

### Información que se divulgará:

Fecha o fecha de servicio \_\_\_\_\_

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Registro de facturación    | <input type="checkbox"/> Informes de viaje de paramédico de DH | <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos           |
| <input type="checkbox"/> Notas clínicas             | <input type="checkbox"/> Resumen de Alta                       | <input type="checkbox"/> Código de activación de MyChart |
| <input type="checkbox"/> Informes de consultas      | <input type="checkbox"/> Informe de vavunas                    | <input type="checkbox"/> Imágenes de radiológicas        |
| <input type="checkbox"/> Hoja demográfica o de cara | <input type="checkbox"/> Informe de laboratorio                | <input type="checkbox"/> Informe operatorio              |
|   |  | <input type="checkbox"/> Informes de radiológicas        |
|   |  | <input type="checkbox"/> Otro: _____                     |

Entiendo que al marcar cualquier casilla a continuación doy permiso para que se divulgue información confidencial relacionada con tratamiento de drogas o alcohol, información que está protegida por la ley federal 42 CFR, Parte 2, trastornos de salud mental, o tratamiento del VIH.

(Si no se marcan estas casillas, NO se divulgará esta información.)

Denver CARES     Tratamiento con metadona     Programa STEP     Tratamiento con Suboxone

Otro: \_\_\_\_\_

Diagnóstico o tratamiento relativo a trastornos de salud mental

Diagnóstico o tratamiento relacionado con prueba, infección o diagnóstico del VIH, o tratamiento para el SIDA

**Solicito que se divulguen los registros de la siguiente manera:**

CD     Por correo electrónico (a la dirección indicada)     Por fax (al número indicado)

Por correo (a la dirección indicada)     Recogidos (teléfono de contacto indicado)     MyChart

Impresos     Revisados en EHR

Autorizo a \_\_\_\_\_ a dar información **VERBAL** con respecto a mi tratamiento a la siguiente personas o personas:

### Estos registros se usarán o divulgarán con el propósito de: (debe seleccionar un propósito)

Reclamación     Atención continua     Legal     Uso personal     Otro (especificar) \_\_\_\_\_

## SOLICITUD PARA VER LOS REGISTROS MÉDICOS DE DENVER HEALTH

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

### AUTORIZACIÓN

Doy permiso a Denver Health para que divulgue mi información de salud protegida como se indica antes. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se usará o divulgará, como se estipula en CFR 164,524. Reconozco que una vez que se haya divulgado esta información, es posible que esta información ya no esté protegida. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, notificando por escrito la cancelación al Departamento de Administración de Información de Salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. Esta autorización caducará automáticamente **180 días** a partir de la fecha de mi firma, a menos que se especifique lo siguiente: \_\_\_\_\_. Entiendo que la autorización de divulgación de esta información de salud es voluntaria. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento. Se considere válida como el original una copia, facsímil o copia escaneada de esta autorización. Si tengo preguntas acerca de la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme con el Departamento de Administración de Información de Salud de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. **ENTIENDO QUE SE ME PUEDE COBRAR UNA TARIFA PARA CUBRIR EL COSTO DE PRODUCIR LOS REGISTROS**, según lo permitido por la Regulación del Estado de Colorado.

Firma del paciente o representante personal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

mm/dd/aa

Relación del representante personal con el paciente \_\_\_\_\_

