



# AUTHORIZATION TO DISCLOSE/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 OF MEDICAL RECORDS (Please select the correct box)

I authorize Denver Health to **disclose** my health information to:

OR --

I authorize Denver Health to **receive** my health information from:

Name \_\_\_\_\_  
Address \_\_\_\_\_ City/State \_\_\_\_\_  
Zip Code \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

### Information to be released:

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

- Billing Record
- DH Paramedic Trip Report
- Medication List
- Radiology Reports
- Clinic Notes
- Discharge Summary
- MyChart Activation Code
- Other: \_\_\_\_\_
- Consultation Reports
- Immunization Report
- Operative Report
- Demographic/Face Sheet
- Laboratory Reports
- Radiologic Images

I understand by checking any boxes below, I have given permission to disclose 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 disclosed in the following manner:

- CD
- Emailed (To address above)
- Faxed (To the Number Above)
- Mailed (To address above)
- Picked Up (Contact phone above)
- MyChart
- Printed
- 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 DE EXPEDIENTES MÉDICOS (Por favor **seleccione** la casilla correcta)

Autorizo a Denver Health a **divulgue** mi información médica a:

--

Autorizo a Denver Health a **recibir** mi información médica a:

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

### Información que se divulgará:

Fecha(s) 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 vacunas                    | <input type="checkbox"/> Informe operative               |
| <input type="checkbox"/> Hoja demográfica o de cara | <input type="checkbox"/> Informe de laboratorio                | <input type="checkbox"/> Imágenes de radiología          |
|   |  | <input type="checkbox"/> Informes de radiología          |
|   |  | <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 considerará válida como el original, 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 \_\_\_\_\_

