



AUTHORIZATION TO DISCLOSE/RECEIVE PATIENT HEALTH INFORMATION

301 W. 6th Avenue, Denver, CO 80204-4507
303-602-8000 (P)
DH_HIM@dhha.org

MR# _____

Patient's Legal Name _____ Date of Birth _____
Print Last Name, First Name mm/dd/yyyy

Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____

Social Security No. (last 4) _____ Telephone No. _____

Please select the correct box (Required):

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

OR --

☐ I authorize Denver Health to **release** my health information to: ☐ Same as above

Name _____

Address _____ City/State _____

Zip Code _____ Telephone _____ Fax _____ Email _____

Information to be released (Required):

Date(s) of Treatment (Month/Day/Year): From _____ To _____

- | | | | |
|---|---|--|---|
| ☐ Billing Record | ☐ DH Paramedic Trip Report | ☐ Medication List | ☐ Radiological Images |
| ☐ Clinic Notes | ☐ Discharge Summary | ☐ Operative Report | ☐ Radiology Reports |
| ☐ Demographic/Face Sheet | ☐ Immunization Report | ☐ Pharmacy Co-Pays | ☐ SBHC (School Based Clinic) |
| ☐ Dental | ☐ Laboratory Reports | ☐ Physical/Occupation | ☐ Entire Record |

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.)

- ☐ Diagnosis and/or treatment relating to mental health conditions
☐ Diagnosis and/or treatment relating to infection or diagnosis, HIV testing, and/or treatment for AIDS
☐ Diagnosis and/or treatment relating to substance abuse
☐ Diagnosis and/or treatment relating to reproductive health

Disclosure method (Required):

- ☐ CD ☐ Emailed to: _____ ☐ 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):

Disclosure purpose (Required):

- ☐ Claim ☐ Continuing Care ☐ Legal ☐ Personal Use ☐ SSI/Disability

On-Site record review:

- ☐ I request the opportunity to **inspect** my medical records in the Health Information Department.

Authorization (Required):

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/yyyy

Personal Representative Relationship to Patient _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR/RECIBIR INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

301 W. 6th Avenue, Denver, CO 80204-4507
303-602-8000 (P)
DH_HIM@dhha.org

MR# _____

Nombre legal del paciente _____ Fecha de nacimiento _____
Apellido, nombre (en letra de imprenta) mm/dd/aaaa

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____

Nro. de Seguro Social (4 últimos dígitos) _____ Teléfono Nro. _____

Seleccione la casilla correcta (requerido):

☐ Autorizo a Denver Health a **recibir** mi información de salud de:

O --

☐ Autorizo a Denver Health a **divulgar** mi información de salud a: ☐ A la misma dirección anterior

Nombre _____ Dirección _____ Ciudad/Estado _____

Cód. postal _____ Teléfono _____ Fax _____ Correo electrónico _____

Información que se divulgará (requerido):

Fecha(s) de tratamiento (Mes/Día/Año): De _____ a _____

- | | | | |
|--|---|--|---|
| ☐ Registro de facturación | ☐ Informe de viaje de paramédico de DH | ☐ Lista de medicamentos | ☐ Imágenes radiológicas |
| ☐ Notas clínicas | ☐ Resumen de alta del hospital | ☐ Informe operativo | ☐ Informes radiológicos |
| ☐ Hoja demográfica | ☐ Registro de vacunas | ☐ Copagos de farmacia | ☐ SBHC (Clínica escolar) |
| ☐ Información dental | ☐ Informes de laboratorio | ☐ Datos físicos/ocupacionales | ☐ Registro completo |

Entiendo que al marcar cualquiera de las casillas de abajo, he dado permiso para divulgar información confidencial relacionada con el tratamiento de drogas y/o alcohol, la cual está protegida por la ley federal 42 CFR, Parte 2, afecciones de salud mental, y/o tratamiento de VIH. (Si no se marcan estas casillas, **NO** se divulgará esta información).

- ☐ Diagnóstico y/o tratamiento relacionado con afecciones de salud mental
- ☐ Diagnóstico y/o tratamiento relacionado con infección o diagnóstico, prueba del VIH y/o tratamiento del SIDA
- ☐ Diagnóstico y/o tratamiento relacionado con el abuso de sustancias
- ☐ Diagnóstico y/o tratamiento relacionado con la salud reproductiva

Método de divulgación (requerido):

- ☐ En CD ☐ Por correo electrónico a: ☐ Por fax (al número indicado previamente)
- ☐ Por correo (a la dirección anterior) ☐ Recogido (teléfono de contacto anterior) ☐ Por MyChart
- ☐ Impreso ☐ Revisado en EHR
- ☐ Autorizo _____ que se dé información **VERBAL** sobre mi tratamiento a la(s) siguiente(s) persona(s):

Propósito de la divulgación (requerido):

- ☐ Reclamación ☐ Atención continua ☐ Propósito legal ☐ Uso personal ☐ SSI/Discapacidad

Revisión de registros en el sitio:

- ☐ Solicito la oportunidad de revisar mi registros médicos en el Departamento de Información de Salud.

Autorización (requerida):

Autorizo a Denver Health a que divulgue mi información de salud protegida según se indica anteriormente. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se vaya a usar o divulgar, según lo dispuesto en CFR 164.524. Reconozco que una vez divulgada esta información, puede dejar de estar protegida. Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento entregando mi aviso de cancelación por escrito 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 a los **180 días** de la fecha de mi firma, a menos que se especifique lo siguiente: _____.

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es algo voluntario. No necesito firmar este formulario para garantizar el tratamiento. Una copia, facsímil o copia escaneada de esta autorización se considerará tan válida como la original. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo ponerme en contacto 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 PUEDE COBRAR UNA TARIFA PARA CUBRIR EL COSTO DE PRODUCIR LOS REGISTROS**, según lo permitido por Regulación del Estado de Colorado

Firma del paciente o representante personal _____ Fecha _____
mm/dd/aaaa

Relación del representante personal con el paciente _____

