



## AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

### Patient Information

Patient Legal Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_

### Clinic / Hospital Health Provider

Who is providing the protected health information (PHI)?

Name: \_\_\_\_\_

Mailing Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_

### Receiving Person / Organization

Who is receiving the protected health information (PHI)?

Name: \_\_\_\_\_

Mailing Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_

### Dates of Service for Request

From Date (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_ To Date (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

**Protected Health Information (PHI) to Be Released**

Check the box(es) for information you are authorizing for release

**Routine Record Sets:**

- Hospital - PERT PACK  
Includes history and physical, discharge report, consults, operative report, emergency report, lab / radiology test results
- Labs Only
- Radiology Reports
- Medical Images
- Physical / Occupational Therapy
- Clinic  
Office visit, immunization, etc.
- Other: \_\_\_\_\_

**Billing Statements:**

- Hospital
- Clinic

**Special Authorization Required for Release**

- Alcohol / Substance Use Disorder Treatment Information
- Genetic Testing Information
- HIV Test Results
- Mental Health Treatment Information\*  
\*Separate authorization is required to authorize the disclosure of use of psychotherapy notes, as defined in the federal HIPAA regulations

**Release Delivery Method**

- Mail                       Fax                       CD
- Digital Delivery                       MyChart Portal
- Secure Email\*

\*Please initial here: \_\_\_\_\_ to indicate you understand the security risk involved that once the information leaves Barton's secure mode of transmission, the communication may be read / intercepted by a third party.

Name: \_\_\_\_\_  
DOB: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

**Purpose for This Release**

How is the PHI to be used?

- Patient / Patient Representative
- Treatment / Continuing Care
- Legal
- Other / Description \_\_\_\_\_

This information will not be used for any purpose other than its intended use.

**Patient Rights**

By signing this authorization I understand:

- I authorize the use or disclosure of my Protected Health Information (PHI) as described for the purpose(s) and to the persons listed. I have a right to receive a copy of this authorization.
- I may refuse to sign this authorization, and refusal to sign will not affect my treatment, payment, or my eligibility for benefits. I understand that medical treatment is not conditioned on my release of Protected Health Information to any third party.
- I have the right to request to receive a copy of this authorization.
- I can identify an event or date of expiration of this authorization. If I do not request a specific expiration date or event, this authorization will expire in 12 months.
- I have the right to revoke this authorization, in writing. Revocation will not affect uses/disclosures that have already occurred.
- I understand that my alcohol and/or drug treatment records are protected under the federal regulations governing Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records, 42 C.F.R. Part 2, and cannot be disclosed without my written consent unless otherwise provided for in the regulations.
- Information disclosed pursuant to this authorization could be re-disclosed by the recipient. Such re-disclosure is in some cases not prohibited by California law and may no longer be protected by federal confidentiality law (HIPAA). However, California law prohibits the person receiving my health information from making further disclosure of it unless another authorization for such disclosures is obtained from me or unless such disclosure is specifically required or permitted by law.

**Patient Signature**

Patient Signature: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_

Date (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Your signature authorizes the release of information to the same person(s) as designated, for treatment provided after the date of this signature, as long as such treatment occurs before the expiration date below.

Name: \_\_\_\_\_  
DOB: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

**Personal Representative Information**

Representative Signature: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_

Date (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Relationship: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

**Legal Authority**

What legal authority do you have to authorize the release of PHI?

- Patient
- Parent of Minor
- Guardian
- Conservator
- Power of Attorney
- Executor of Will
- Administrator of Estate
- Other: \_\_\_\_\_

---

**OFFICE USE ONLY**

**Authorization Explanation**

Unless otherwise revoked, this authorization expires twelve months from the date of signing of this form.

Expires (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_

**Release of Information Staff ID Verification**

Identification Type:

- Military ID
- Passport
- Driver License / State ID
- Other: \_\_\_\_\_

Medical Record Number (MRN): \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_  
DOB: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_



## AUTORIZACIÓN PARA USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

### Información del/de la paciente

Nombre legal del/de la paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Clínica / Proveedor de servicios médicos

¿Quién proporciona la información de salud protegida (ISP)?

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Persona/Organización que reciba la información

¿Quién recibe la información de salud protegida (ISP)?

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Fechas de servicio para la solicitud

Fecha de informe (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_ Hasta la fecha (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

**Información de salud protegida (ISP) a ser divulgada**

Marque las casillas de información que está autorizado para la divulgación

Grupos de registros de rutina:

Hospital – PAQUETE PERT

incluye antecedentes e historial físico, informe de alta, consultas, informe quirúrgico, informe de emergencia, resultados de las pruebas de laboratorio / radiología

Solo resultados de laboratorios

Informes de radiología

Imágenes médicas

Terapia física / ocupacional

Visita al consultorio clínico

Clínica, vacunas, etc.

Otros: \_\_\_\_\_

Extractos de Facturación:

Hospital

Clínica

**Autorización especial necesaria para la divulgación**

Información sobre el tratamiento del trastorno por consumo de alcohol/sustancias

Información sobre pruebas genéticas

Resultados de la prueba de VIH

Información sobre el tratamiento de la salud mental\*

\*Es obligatoria una autorización por separado para autorizar la divulgación del uso de notas de psicoterapia, según se define en las reglamentaciones federales HIPAA

**Método de entrega de divulgación**

Correo  Fax  CD

Entrega digital  Portal MyChart

Correo electrónico seguro

\*Por favor, ponga sus iniciales aquí: \_\_\_\_\_ para indicar que entiende el riesgo de seguridad que implica que una vez que la información abandona el modo seguro de transmisión de Barton, la comunicación puede ser leída o interceptada por terceros.

Name: \_\_\_\_\_  
DOB: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

## **Objetivo de esta divulgación**

¿Cómo se debe utilizar la ISP?

- Paciente / Representante del/de la paciente
- Tratamiento / Cuidado continuo
- Legal
- Otros / Descripción \_\_\_\_\_

Esta información no se utilizará para ningún otro propósito que no sea su uso previsto.

## **Derechos del/de la paciente**

Al firmar esta autorización entiendo lo siguiente:

- Autorizo el uso o la divulgación de mi Información de salud Protegida (ISP) según se describe para el propósito(s) y personas enumeradas. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Puedo negarme a firmar esta autorización y esto no afectará mi tratamiento, pago ni elegibilidad de beneficios. Entiendo que el tratamiento médico no está condicionado a la divulgación de Información de salud protegida a terceros.
- Tengo derecho a solicitar recibir una copia de esta autorización.
- Puedo identificar un evento o fecha de vencimiento de esta autorización. Si no solicito una fecha de vencimiento o evento específico, esta autorización vencerá en 12 meses.
- Tengo derecho a revocar esta autorización por escrito. La revocación no afectará los usos ni las divulgaciones que ya se hayan producido.
- Entiendo que mis registros de tratamiento de alcohol y/o drogas están protegidos por las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes de abuso de alcohol y drogas, 42 C.F.R. Parte 2, y no se pueden divulgar sin mi consentimiento escrito, a menos que se disponga lo contrario en las regulaciones.
- La información divulgada de conformidad con esta autorización podría volver a divulgarse por el/la destinatario/a. En algunos casos, esa redivulgación no está prohibida por la ley de California y puede que ya no esté protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA, por sus siglas en inglés). Sin embargo, la ley de California prohíbe a la persona que recibe mi información médica que haga una divulgación adicional de esta, a menos que se obtenga otra autorización para esas divulgaciones de mi parte o a menos que esa divulgación sea específicamente obligatoria o esté autorizada por ley.

## **Firma del/de la paciente**

Firma del/de la paciente: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

Fecha (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

©Copyright Barton Health 2024 [6462] Release of Information-SP 012024

3 of 4

Su firma autoriza la divulgación de información a la misma persona(s), según se designa, para el tratamiento proporcionado después de la fecha de esta firma, siempre y cuando ese tratamiento suceda antes de la fecha de vencimiento detallada a continuación.

**Información del/de la representante personal**

Firma del/de la representante: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

Fecha (DD/MM/AAAA): \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Relación/parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Autoridad legal**

¿Qué autoridad legal tiene para autorizar la divulgación de ISP?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Paciente                      | <input type="checkbox"/> Padre del/de la menor | <input type="checkbox"/> Tutor/a               |
| <input type="checkbox"/> Curador/a                     | <input type="checkbox"/> Poder                 | <input type="checkbox"/> Albacea testamentario |
| <input type="checkbox"/> Administrador/a de patrimonio | <input type="checkbox"/> Otros: _____          |  |

---

**OFFICE USE ONLY**

**Authorization Explanation**

Unless otherwise revoked, this authorization expires twelve months from the date of signing of this form.

Expires (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_

**Release of Information Staff ID Verification**

Identification Type:

- Military ID
- Passport
- Driver License / State ID
- Other: \_\_\_\_\_

Medical Record Number (MRN): \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_  
DOB: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_