

AUTHORIZATION FOR THE RELEASE OF HEALTH INFORMATION

Please read all the information and instructions on Page 2 before completing and signing the authorization form.

Patient's Name _____ Birthdate _____ Email _____
(Please Print) LAST FIRST MI
 Address _____ Phone Number _____

INFORMATION TO BE RELEASED BY:	INFORMATION TO BE RELEASED TO:
REQUEST MUST HAVE COMPLETE ADDRESS OR FAX NUMBER	REQUEST MUST HAVE COMPLETE ADDRESS OR FAX NUMBER
Organization/Person Name _____	Organization/Person Name _____
Street Address _____ City, State, Zip _____	Street Address _____ City, State, _____
Phone _____ Fax _____	Zip Phone _____ Fax _____

METHOD OF RELEASE: ☐ Patient Pick Up (ID Required) ☐ Paper Copy - Mailed ☐ Fax ☐ Encrypted Electronic: Email/USB

REASON FOR REQUEST: (please explain): _____

TYPE OF INFORMATION REQUESTED:

- ☐ Complete Medical Record (please indicate below if Itemized Billing Statements should also be included)
- ☐ Partial health information only for the following date(s): From: _____ To: _____
- ☐ Release only the following records checked below:

- | | |
|---|--|
| ☐ Progress Notes (Date of Service _____) | ☐ Itemized Billing Statements |
| ☐ Dental Records (includes Imaging) | ☐ Immunization Records |
| ☐ Emergency Reports (Date of Service _____) | ☐ Other _____ |
| ☐ Laboratory Reports (Date of Service _____) | _____ |
| ☐ Imaging/Diagnostic Reports (Date of Service _____) | _____ |
| ☐ Operative Notes (Date of Service _____) | |

I understand that the information to be shared includes my name, my diagnosis, and my treatment. This may include information about **ALCOHOL, DRUGS, GENETIC TESTING, BEHAVIORAL OR MENTAL HEALTH, REPRODUCTIVE RIGHTS, SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES, INFECTIOUS DISEASES, AIDS, and HIV**, if it applies to me. I understand that this information can only be used for the reasons listed above, and the person or group receiving it cannot share it with anyone else unless it is needed for that reason.

I know that I can change my mind and cancel this permission at any time. If I want to cancel it, I must put it in writing and give it to the Health Information Management Department. I understand that canceling it will not change any actions already taken before I canceled. This permission will end automatically 365 days after I sign it, unless I write a different end date or event here: _____.

I know that allowing my health information to be shared is my choice. I do not have to sign this form to get treatment, payment, insurance, or benefits. I understand that I can see or get a copy of my information as allowed by law (CFR 164.524). I also know that once my information is shared, there is a chance it could be shared again by others and may no longer be protected by federal privacy laws.

Signature of Patient Date _____

***If signed by a Legal Representative; state the relationship and identify below the authority to act on the individual's behalf. Attach the document of authority.**

Signature of Legal Representative Date _____

(Relationship to Patient, if other than Patient) (You may be required to provide legal documentation as proof)

INSTRUCTIONS FOR COMPLETING AUTHORIZATION FOR THE RELEASE OF HEALTH INFORMATION

Please read all the information and instructions before completing and signing the authorization form.

Patient Information (Name, Date of Birth, Email, Address) – Please write your full name exactly as it appears on your insurance card. If you do not have insurance, write your full name as it appears on your driver's license or ID card.

Who Will Send the Information – Write the name of the organization that will send the information (choose one per form), or write the full name of the place, full address, phone number, and fax number.

If you want Westside Family Healthcare to send your records, they will include all records no matter which Westside location you visited. The addresses of our locations are listed below to help you. When filling out the form, please use the full name, address, phone number, and fax number of the location you choose.

Westside Family Healthcare
4th Street
1802 W 4th Street
Wilmington, DE 19805
Phone: (302)-655-5822
Fax: (302)-322-6201

Westside Family Healthcare
Northeast
908-B 16th Street
Wilmington, DE 19802
Phone: (302)-575-1414
Fax: (302)-322-6201

Westside Family Healthcare
Newark
27 Marrows Road
Newark, DE 19713
Phone: (302)-455-0900
Fax: (302)-322-6201

Westside Family Healthcare
Bear
404 Fox Hunt Drive
Bear, DE 19701
Phone: (302)-455-0900
Fax: (302)-322-6201

Westside Family Healthcare
Dover
1020 Forrest Avenue
Dover, DE 19904
Phone: (302)-678-4622
Fax: (302)-322-6201

Who Will Get the Information – Write the name of the person or organization who will get your records. Include their full mailing address, phone number, and fax number.

How You Want the Records Sent – Choose how you would like to get your health records (paper, electronic, etc.).

Why You Are Requesting the Records – Check the boxes that show which records you want to be shared.

- **Date Range** – You do not have to give a date range, but you can write one if you only want records from certain dates. You still need to check the boxes for which records you want.
- **Complete Copy of Records** – If you check this box, you are asking for your full medical record. This may include information about alcohol, drugs, genetic testing, mental health, reproductive rights, sexually transmitted diseases, AIDS, and HIV. We suggest choosing this if you want a full copy for your personal records.

Expiration Date – Your permission to share records is good for one year from the date you sign this form, unless you write a different date to end it sooner.

Permission to Share Information – Signing this form is your choice. You do not have to sign it to get treatment, payment, or insurance. You can cancel this permission at any time by providing a signed letter to Westside Family Healthcare, either in person or by mail.

Patient's Signature – Your signature allows Westside Family Healthcare to share the information you picked with the person or organization you listed.

Legal Representative's Signature – In some cases, another person can access your records. For example, a parent for a child, someone with power of attorney, a court-appointed guardian, or someone listed as an emergency contact may be allowed to see your records. Insurance companies and courts may also access records for billing or legal reasons. Privacy laws apply, and proof of legal authority may be needed.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE MÉDICA

Lea toda la información e instrucciones de la página 2 antes de completar y firmar el formulario de autorización.

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Correo Electrónico _____
(Por Favor Nombre en Letra) APELLIDO NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Dirección _____ Número de teléfono _____

INFORMACIÓN QUE SERÁ DIVULGADA POR:			INFORMACIÓN QUE SERÁ DIVULGADA A:		
LA SOLICITUD DEBE TENER DIRECCIÓN COMPLETA O NÚMERO DE FAX			LA SOLICITUD DEBE TENER DIRECCIÓN COMPLETA O NÚMERO DE FAX		
Nombre de la organización/persona _____			Nombre de la organización/persona _____		
Dirección _____		Ciudad, Estado, _____	Dirección _____		Ciudad, Estado, _____
Código postal _____	Número de teléfono _____	Fax _____	Código postal _____	Número de teléfono _____	Fax _____

MÉTODO DE DIVULGACION ☐ Recogida por paciente (se requiere identificación) ☐ Copia impresa - Enviada por correo
☐ Fax ☐ Electrónica cifrada: correo electrónico/USB

MOTIVO DE LA SOLICITUD: (por favor explique): _____

TIPO DE INFORMACIÓN MÉDICA SOLICITADA:

- ☐ Historial Médico Completo (Por favor, indique a continuación si también se deben incluir los estados de cuenta detallados.)
☐ Información de salud parcial solo para las siguientes fechas: De: _____ A: _____
☐ Divulgar únicamente los siguientes registros marcados a continuación:

- | | |
|---|--|
| ☐ Notas de progreso (Fecha de servicio _____) | ☐ Estados de facturación detallados |
| ☐ Registros dentales (incluyen imágenes) | ☐ Registros de vacunación |
| ☐ Informes de emergencia (Fecha de servicio _____) | ☐ Otras _____ |
| ☐ Informes de laboratorio ((Fecha de servicio _____) | _____ |
| ☐ Informes de imágenes/diagnostico (Fecha de servicio _____) | _____ |
| ☐ Notas operativas (Fecha de servicio _____) | |

Entiendo que la información que se compartirá incluye mi nombre, mi diagnóstico y mi tratamiento. Esto puede incluir información sobre **alcohol, drogas, pruebas genéticas, salud mental o conductual, derechos reproductivos, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades infecciosas, sida y VIH**, si me corresponde. Entiendo que esta información solo se puede utilizar para los fines mencionados anteriormente, y que la persona o el grupo que la reciba no puede compartirla con nadie más a menos que sea necesario para ello.

Sé que puedo cambiar de opinión y cancelar este permiso en cualquier momento. Si quiero cancelarlo, debo hacerlo por escrito y entregarlo al Departamento de Manejo de Información Médica. Entiendo que cancelarlo no cambiará las medidas tomadas antes de cancelarlo. Este permiso terminará automáticamente 365 días después de firmarlo, a menos que indique una fecha de finalización o evento diferente aquí: _____.

Entiendo que permitir que se comparta mi información médica es mi decisión. No tengo que firmar este formulario para recibir tratamiento, pago, seguro ni beneficios. Entiendo que puedo ver u obtener una copia de mi información según lo permita la ley (CFR 164.524). También sé que, una vez que se comparta mi información, existe la posibilidad de que otros la vuelvan a compartir y que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad.

Firma del paciente Fecha _____
*Si firma un representante legal, indique la relación e identifique a continuación la autoridad para actuar en su nombre. Adjunte el documento de autorización.

Firma del Representante Legal Fecha _____

Relación con el paciente, si es diferente del paciente (Es posible que se le solicite que proporcione documentación legal como prueba)

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Por favor lea toda la información e instrucciones antes de completar y firmar el formulario de autorización.

Información del paciente (nombre, fecha de nacimiento, correo electrónico, dirección) – Por favor, escriba su nombre completo tal como aparece en su tarjeta de seguro. Si no tiene seguro, escriba su nombre completo tal como aparece en su licencia de conducir o documento de identidad.

QUIEN DIVULGARA SU INFORMACIÓN – Escriba el nombre de la organización que enviará la información (elija una por formulario), o escriba el nombre completo del lugar, dirección completa, número de teléfono y número de fax.

Si desea que Westside Family Healthcare le envíe sus registros, se incluirán todos, independientemente de la ubicación de Westside que haya visitado. Las direcciones de nuestras ubicaciones se indican a continuación para ayudarle. Al completar el formulario, utilice el nombre completo, la dirección, el número de teléfono y el número de fax de la ubicación que elija:

Westside Family Healthcare
4th Street
1802 W 4th Street
Wilmington, DE 19805
Phone: (302)-655-5822
Fax: (302)-322-6201

Westside Family Healthcare
Northeast
908-B 16th Street
Wilmington, DE 19802
Phone: (302)-575-1414
Fax: (302)-322-6201

Westside Family Healthcare
Newark
27 Marrows Road
Newark, DE 19713
Phone: (302)-455-0900
Fax: (302)-322-6201

Westside Family Healthcare
Bear
404 Fox Hunt Drive
Bear, DE 19701
Phone: (302)-455-0900
Fax: (302)-322-6201

Westside Family Healthcare
Dover
1020 Forrest Avenue
Dover, DE 19904
Phone: (302)-678-4622
Fax: (302)-322-6201

INFORMACIÓN QUE SERÁ DIVULGADA A- Escriba el nombre de la persona u organización que recibirá sus registros. Incluya su dirección postal completa, número de teléfono y número de fax.

Cómo desea que se envíen los registros – Elija cómo desea recibir sus registros médicos (papel, electrónico, etc.).

Por qué está solicitando los registros – Marque las casillas que muestran qué registros desea compartir.

- **Rango de fechas:** No es necesario indicar un rango de fechas, pero puede escribir uno si solo desea registros de ciertas fechas. Aun así, debe marcar las casillas de los registros que desea.
- **Copia completa de los registros:** Si marca esta casilla, solicita su historial médico completo. Esto puede incluir información sobre alcohol, drogas, pruebas genéticas, salud mental, derechos reproductivos, enfermedades de transmisión sexual, SIDA y VIH. Le sugerimos que seleccione esta opción si desea una copia completa para su historial personal.

Fecha de vencimiento – Su permiso para compartir registros es válido por un año a partir de la fecha en que firma este formulario, a menos que escriba una fecha diferente para finalizarlo antes.

Permiso para compartir información – Firmar este formulario es su decisión. No es necesario firmarlo para recibir tratamiento, pago o seguro. Puede cancelar este permiso en cualquier momento enviando una carta firmada a Westside Family Healthcare, ya sea en persona o por correo.

Firma del paciente – Su firma permite que Westside Family Healthcare comparta la información que seleccionó con la persona u organización que mencionó.

Firma del representante legal – En algunos casos, otra persona puede acceder a sus registros. Por ejemplo, el padre, la madre o el tutor legal de un menor, una persona con poder notarial, un tutor designado por el tribunal o una persona designada como contacto de emergencia podrían tener acceso a sus registros. Las compañías de seguros y los tribunales también pueden acceder a los registros por motivos legales o de facturación. Se aplican las leyes de privacidad y podría requerirse un comprobante de autorización legal.