

Sección A: Esta sección debe completarse para todas las autorizaciones	
Nombre del paciente:	Nombre del destinatario:
Teléfono del paciente:	Teléfono del destinatario:
Fecha de nacimiento:	Ciudad: Estado: Código postal:
Últimos 4 dígitos SSN (opcional)	Teléfono del destinatario:
Solicita fechas de servicio:	Correo electrónico (para comunicaciones al correo electrónico):
Nombre(s) y direcciones del centro: Frankfort Regional Medical Center 299 Kings Daughters Drive Frankfort, KY 40601	Propósito de la divulgación: <input type="checkbox"/> A solicitud del individuo; u <input type="checkbox"/> Otro tercero destinatario (especifique propósito):
Solicitud de entrega (Si se deja en blanco, se proporcionará una copia en papel): <input type="checkbox"/> Copia en papel <input type="checkbox"/> Medios electrónicos, si están disponibles <input type="checkbox"/> Correo electrónico encriptado <input type="checkbox"/> Correo electrónico no encriptado. Existe cierto nivel de riesgo de que un tercero pueda ver su información sin su consentimiento al recibir medios electrónicos o correo electrónico no encriptado. No nos hacemos responsables del acceso no autorizado a la PHI (información médica protegida) contenida en este formulario ni de los riesgos (por ejemplo, virus) que puedan introducirse en su computadora/dispositivo al recibir la PHI en formato electrónico o por correo electrónico. Nota: En el caso de que el centro no pueda acomodar una entrega electrónica como se solicita, se proporcionará un método de entrega alternativo (por ejemplo, una copia en papel).	
Esta autorización caducará después de 180 días o en la opción siguiente (por favor, elija una sola):	
Fecha de caducidad:	Evento de caducidad:
¿Es esta una solicitud de notas de psicoterapia? <input type="checkbox"/> No, entonces puede marcar todos los ítems que necesite. <input type="checkbox"/> Sí, entonces éste es el único ítem que puede solicitar en esta autorización. Debe presentar otra autorización para los demás ítems que figuran abajo.	
Descripción de la información que se utilizará o divulgará	
<input type="checkbox"/> Todos los registros pertinentes incluyen los que se enumeran a continuación	
<input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Resumen de alta <input type="checkbox"/> Informe de emergencias <input type="checkbox"/> Informe de ECG <input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico <input type="checkbox"/> Informe clínico / de laboratorio	<input type="checkbox"/> Lista de medicamentos <input type="checkbox"/> Informe quirúrgico <input type="checkbox"/> Informe de patología <input type="checkbox"/> Lista de problemas <input type="checkbox"/> Informe de radiología
Otros registros: <input type="checkbox"/> Instrucciones de alta <input type="checkbox"/> Registro de trabajo de parto y parto <input type="checkbox"/> Prueba / Tratamiento de especialidad <input type="checkbox"/> Órdenes médicas <input type="checkbox"/> Notas de progreso <input type="checkbox"/> Otro:	
Para las solicitudes de distribución de USCDI: incluir todos los elementos definidos en los Datos Básicos de Estados Unidos para la Interoperabilidad. Requiere dirección directa o identificador nacional de proveedor: Se proveerá todo tipo de información que se encuentre en los registros seleccionados anteriormente (si corresponde), incluida información que pueda considerarse sensible, como la relativa a alcohol, abuso de drogas, información genética, psiquiátrica, pruebas de VIH, resultados de VIH o información sobre SIDA. Especifique toda la información que desee excluir:	
Entiendo que: <ol style="list-style-type: none"> 1. Puedo negarme a firmar esta autorización y que es estrictamente voluntaria. 2. Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados a la firma de esta autorización. 3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre las acciones realizadas antes de recibir la revocación. Puede encontrar más detalles en el Aviso de Prácticas de Privacidad. 4. Si el destinatario no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las normas federales de privacidad y que se vuelva a divulgar. 5. Entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario, a cambio de una tarifa razonable, si la solicito. 6. Recibo una copia de este formulario después de firmarlo. 	
Sección B: ¿La solicitud de PHI tiene como objetivo la comercialización y/o implica la venta de PHI? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es sí, el plan de salud o el proveedor de atención médica debe completar la Sección B; de lo contrario, pase a la Sección C. ¿Recibirá el proveedor una remuneración económica a cambio de utilizar o divulgar esta información? Si la respuesta es sí, descríbala:	
¿Puede el destinatario de la PHI intercambiar posteriormente la información a cambio de una remuneración económica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Sección C: Firmas	
He leído y autorizo la divulgación de la información médica protegida tal como se indica.	
Firma del paciente/representante del paciente:	Fecha:
Nombre del representante del paciente en imprenta:	Relación con el paciente:

ID verified by: _____ (Initials)

 AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PHI-SPANISH
 (PROTECTED HEALTH INFORMATION)


Section A: This section must be completed for all Authorizations	
Patient Name:	Recipient's Name:
Patient's Phone:	Recipient Address:
Date of Birth:	City: _____ State: _____ Zip: _____
Last 4 digit SSN (optional)	Recipient's Phone:
Request Dates of Service:	Email (for releases to email):
Facility Name(s) and Addresses: Frankfort Regional Medical Center 299 Kings Daughters Drive Frankfort, KY 40601	Purpose of disclosure: <input type="checkbox"/> At the request of the individual; or <input type="checkbox"/> Other 3rd party recipient (please specify purpose):
Request Delivery (If left blank, a paper copy will be provided): <input type="checkbox"/> Paper Copy <input type="checkbox"/> Electronic Media, if available <input type="checkbox"/> Encrypted Email <input type="checkbox"/> Unencrypted Email. There is some level of risk that a third party could see your information without your consent when receiving unencrypted electronic media or email. We are not responsible for unauthorized access to the PHI contained in this format or any risks (e.g., virus) potentially introduced to your computer/device when receiving PHI in electronic format or email. Note: In the event the facility is unable to accommodate an electronic delivery as requested, an alternative delivery method will be provided (e.g., paper copy).	
This authorization will expire after 180 days <u>or</u> on the following (please choose only one): Expiration Date: _____ Expiration Event: _____	
Is this request for psychotherapy notes? <input type="checkbox"/> No, then you may check as many items below as you need. <input type="checkbox"/> Yes, then this is the only item you may request on this authorization. You must submit another authorization for other items below.	
Description of information to be used or disclosed	
<input type="checkbox"/> All Pertinent Records includes those listed below	
<input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Discharge Summary <input type="checkbox"/> ER Report <input type="checkbox"/> EKG Report <input type="checkbox"/> History and Physical <input type="checkbox"/> Clinical / Laboratory Report	<input type="checkbox"/> Medication List <input type="checkbox"/> Operative Report <input type="checkbox"/> Pathology Report <input type="checkbox"/> Problem List <input type="checkbox"/> Radiology Report
Other Records: <input type="checkbox"/> Discharge Instructions <input type="checkbox"/> Labor and Delivery Record <input type="checkbox"/> Specialty Test / Therapy <input type="checkbox"/> Physician Orders <input type="checkbox"/> Progress Notes <input type="checkbox"/> Other: _____	
For USCDI Release Requests: to include all elements as defined in the United States Core Data for Interoperability. Requires Direct Address or National Provider Identifier: All types of information found in the records selected above will be provided (if applicable), including information that may be viewed as sensitive, such as alcohol, drug abuse, genetic information, psychiatric, HIV testing, HIV results or AIDS information. Specify any information you want to exclude: I understand that: <ol style="list-style-type: none"> I may refuse to sign this authorization and that it is strictly voluntary. My treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits may not be conditioned on signing this authorization. I may revoke this authorization at any time in writing, but if I do, it will not have any effect on any actions taken prior to receiving the revocation. Further details may be found in the Notice of Privacy Practices. If the recipient is not a health plan or health care provider, the released information may no longer be protected by federal privacy regulations and may be redisclosed. I understand that I may see and obtain a copy the information described on this form, for a reasonable copy fee, if I ask for it. I get a copy of this form after I sign it. 	
Section B: Is the request of PHI for the purpose of marketing and/or does it involve the sale of PHI? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If yes, the health plan or health care provider must complete Section B, otherwise skip to Section C. Will the Provider receive financial remuneration in exchange for using or disclosing this information? If yes, describe: _____	
May the recipient of the PHI further exchange the information for financial remuneration? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Section C: Signatures	
I have read the above and authorize the disclosure of the protected health information as stated.	
Signature of Patient/Patient's Representative:	Date:
Print Name of Patient's Representative:	Relationship to Patient:

ID verified by: _____ (Initials)

 AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PHI
 (PROTECTED HEALTH INFORMATION)


Patient Label