Onvida Health

Onvida Health ▪ 2400 South Avenue A ▪ Yuma, AZ 85364 Health Records Department ▪ (928) 336-7017 ▪ Fax (928) 336-7154 Authorization to Release Protected Health Information

I authorize Onvida Health to disclose protected health information ("PHI") from the health records of:

Patient Name:_____Date of Birth: _____/_____/_____

Mailing Address:_____City:_____State:_____Zip: _____

Phone Number: _____E-mail:_____

I authorize Onvida Health to release my Protected Health Information to:

Recipient Name: _____

Mailing Address:_____City: _____State:_____Zip: _____

Phone Number:_____Fax Number: _____E-mail:_____

Purpose for requesting information: ☐Legal ☐Insurance ☐Personal ☐Continuation of care

How would you like to receive the information: ☐ MyCare ☐ E-mail ☐ Mail ☐ Fax ☐ Pick up (over 50 pgs. will be electronic format)

I authorize the following PHI to be released from my medical record(s):

☐ Emergency Room Visit

☐ Office Visit(s)

☐ Abstract/Summary (Includes Discharge summary, History and Physical, ED Provider Note, Operative Report(s), Progress Notes, Consultations, Medication list, Test Results)

☐ Laboratory Report(s)

☐ Itemized Billing Record(s)

☐ Inpatient Visit (Abstract)

☐Radiology Imaging

☐ Radiology Report(s)

☐ Immunizations

☐ Physician orders

☐ Test Result(s) of: _____

☐ Other (please specify): _____

Covering the period of healthcare from: Specific Date(s): From: ____/_____/_____ TO: _____/_____/_____

I authorize the provider to use or disclose information related to the following:

☐ Genetic Testing Information **initial** _____ ☐ Behavioral Health Care/Psychiatric Care/Mental Health Information **initial** _____

☐ Alcohol and/or Drug Abuse Treatment **initial** _____ ☐ AIDS/HIV and other communicable diseases **initial** _____

I understand that Onvida Health will not condition my treatment on signing this authorization. I will not be denied treatment if I choose not to sign this form. I may refuse to sign this authorizationThis authorization is subject to revocation at any time **in writing** to Onvida Health at the address located at the top of this form, except to the extent that the entity, which is to make the disclosure, has already been disclosed in reliance on it. If not previously revoked, this authorization will terminate in one year or upon the following date, event, or condition:

☐ Date:_____**OR** ☐ Event:_____**OR** ☐ Condition:_____

I understand that, if this information is disclosed to a third party, the information may no longer be protected by the federal privacy regulations and may be re-disclosed by the person or organization that receives the information.

I understand the matters discussed on this form. I release the provider, its employees, officers and directors, medical staff members, and business associates from any legal responsibility or liability for the disclosure of the above information to the extent indicated and authorized herein. Hospital will validate signatures and retain copies of all authorizations for six years.

Signature of Patient	**Date**	**Witness - Onvida Employee**	**Employee ID #**

Signature of Legal Healthcare Decision Maker	**Relationship to Patient or Description of Authority to Act for Patient**

HOSPITAL USE ONLY:				
RID #:	MR#:	Acct(s)#:	ID ck'd by:	Date Released:

Onvida Health

Onvida Health ▪ 2400 South Avenue A ▪ Yuma, AZ 85364 Departamento de Registros de Salud ▪ (928) 336-7017 ▪ Fax (928) 336-7154 Autorización para divulgar información médica protegida

Autorizo a Onvida Health a divulgar información médica protegida ("PHI", por sus siglas en inglés) de los registros médicos de:

Nombre del paciente:_____ Fecha de nacimiento:_____/_____/_____

Dirección postal:_____Ciudad:_____Estado:_____Código postal:_____

Número de teléfono:_____Correo electrónico:_____

Autorizo a Onvida Health a divulgar mi información médica protegida a:

Nombre del destinatario: _____

Dirección postal:_____Ciudad:_____Estado:_____Código postal:_____

Número de teléfono:_____Número de fax:_____Correo electrónico: _____

Motivo de la solicitud de información: ☐Legal ☐Seguro ☐Personal ☐Continuación de la atención médica

¿Cómo le gustaría recibir la información?: ☐ MyCare ☐ Correo electrónico ☐ Correo postal ☐ Fax
☐ Recogida (más de 50 páginas en formato electrónico)

Autorizo la divulgación de la siguiente información médica protegida (PHI) de mi(s) historial(es) médico(s):

☐ Consulta en la sala de urgencias
☐ Visitas al consultorio
☐ Resumen (incluye resumen del alta, historial y examen físico, nota del proveedor de urgencias, informes quirúrgicos, notas de progreso, consultas, lista de medicamentos, resultados de pruebas)
☐ Informes de laboratorio
☐ Registros de facturación detallados
☐ Visita hospitalaria (resumen)
☐ Radiología por imágenes
☐ Informes de radiología
☐ Vacunas
☐ Órdenes médicas
☐ Resultados de la prueba: _____
☐ Otro (especifique):_____

Que abarca el período de atención médica desde: Fechas específicas: Desde:_____/_____/_____HASTA:___/_____/_____

Autorizo al proveedor a utilizar o divulgar información relacionada con lo siguiente:

☐ Información de pruebas genéticas **inicial**_____ ☐ Atención médica conductual/atención psiquiátrica/información sobre salud mental **inicial** _____

☐ Tratamiento por abuso de alcohol y/o drogas **inicial**_____ ☐ SIDA/VIH y otras enfermedades transmisibles **inicial**_____

Entiendo que Onvida Health no condicionará el tratamiento a que yo firme esta autorización. No se me negará el tratamiento si decido no firmar este formulario. Puedo negarme a firmar esta autorización. Esta autorización puede revocarse en cualquier momento **por escrito** a Onvida Health en la dirección que aparece en la parte superior de este formulario, salvo en la medida en que la entidad que vaya a realizar la divulgación ya haya divulgado en función de la misma. Si no se ha revocado previamente, esta autorización terminará en un año o en la siguiente fecha, evento, o circunstancia:

☐ Fecha:_____**O** ☐ Evento:_____**O** ☐ Circunstancia:_____

Entiendo que, si esta información se divulga a un tercero, la información puede dejar de estar protegida por las normas federales de privacidad y puede volverse a divulgar por la persona u organización que recibe la información.

Entiendo los asuntos tratados en este formulario. Eximo al proveedor, a sus empleados, funcionarios y directores, a los miembros del personal médico y a los asociados comerciales de cualquier responsabilidad legal por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en el presente documento. El hospital validará las firmas y conservará copias de todas las autorizaciones durante seis años.

Firma del paciente	**Fecha**	**Testigo: empleado de Onvidia**	**Número de identificación del empleado**

Firma del responsable legal de la toma de decisiones sobre la atención médica	**Relación con el paciente o descripción de la autoridad para actuar en nombre del paciente**

SOLO PARA USO HOSPITALARIO:				
N.º de RID:	N.º de historia clínica:	N.º de cuenta(s):	Identificación revisada por:	Fecha de divulgación: