



HIPAA AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

Patient's Name _____ DOB _____

Release from/ Release to: _____

Release to/ Release from:

- Clinica Family Health – Lafayette Clinic, 1735 South Public Road, Lafayette, CO 80026 Fax: (303) 926-0363
- Clinica Family Health – Pecos Clinic, 1701 W. 72nd Avenue, Denver, CO 80221 Fax: (303) 650-6830
- Clinica Family Health – Peoples Clinic, 2525 13th St., Boulder, CO 80304 Fax: (303) 449-9631
- Clinica Family Health – Thornton Clinic, 8990 N. Washington St., Thornton, CO 80229 Fax: (720) 929-1421
- Clinica Family Health – Westminster Clinic, 8510 Bryant St., Suite 200, Westminster, CO 80031 Fax: (303) 546-4000
- Clinica Family Health – Alpine Clinic, 1000 Alpine, Boulder, CO 80304 Fax: (720) 206-0441
- OTHER _____

Attn: Person or Program _____

GENERAL AUTHORIZATION:

I authorize Clinica to release the information specified below to the organization/agency/individual named on this request. I understand that Clinica may not refuse to provide treatment if I refuse to sign this authorization. I understand that information disclosed under this authorization may be redisclosed by the recipient and may no longer be protected by privacy laws. I further understand that Clinica will not disclose or redisclose any information it has received from substance use disorder providers if that information is subject to 42 CFR Part 2 regulations, except as expressly permitted under such regulations.

HEALTH INFORMATION REQUESTED (ONLY DISCLOSE ITEMS PATIENT AUTHORIZED FOR RELEASE):

<input type="checkbox"/> *Complete copy of medical health record	<input type="checkbox"/> Treatment Plan	<input type="checkbox"/> EEG
<input type="checkbox"/> Complete copy of dental health record	<input type="checkbox"/> Operative/Consult reports	<input type="checkbox"/> EKG
<input type="checkbox"/> History & physical exam	<input type="checkbox"/> Emergency department record	<input type="checkbox"/> Psychological eval.(excludes psychotherapy notes)
<input type="checkbox"/> Laboratory reports	<input type="checkbox"/> Hospital discharge summary	<input type="checkbox"/> Psychiatric Treatment Notes
<input type="checkbox"/> Imaging reports	<input type="checkbox"/> Behavioral health notes	<input type="checkbox"/> Neuropsych/Psych. testing & evals
<input type="checkbox"/> Immunization record	<input type="checkbox"/> Physician's orders/progress notes	<input type="checkbox"/> Other: _____

*Complete copy of medical health record includes documentation from all office visits conducted with any Clinica healthcare provider and/or care team member, telephone communication and My CLINICA Connection notes, lab results, immunization record, and a summary of medications, diagnoses, health history and referrals.

Note: When requesting all medical records, Clinica cannot ensure the completeness of outside provider's records, but will supply copies of what outside provider information is available to Clinica. To obtain the most complete records from providers outside of Clinica, we encourage you to obtain those records from the original provider.

SPECIFIC AUTHORIZATION:

I understand that these records may contain information that is protected by Federal regulations. I have reviewed the items below and have selected any items that I **do not** authorize to be disclosed:

- Alcohol/Drug abuse information – I understand that my chemical dependency records are protected under the federal regulations governing Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records. 42 CFR, Part 2, and cannot be disclosed without my written consent unless otherwise provided for in the regulations.
- Psychiatric treatment information
- Other: _____

CONDITIONS AND DATES OF CARE COVERED:

- Regarding these treatment dates and/or for conditions: _____
- All admissions or care at this facility provided as of the date of my signature.

PURPOSE(S) FOR WHICH INFORMATION IS TO BE USED:

- Further eval/treatment Insurance/reimbursement Legal Verify Treatment Status Personal use Coordination of care
- Worker's Compensation Other (specify): _____

EXPIRATION OR REVOCATION OF AUTHORIZATION

I understand that I may revoke this authorization at any time, except to the extent that action has already been taken to comply with or in reliance upon it. Without my previous expressed revocation, this authorization will automatically expire 365 days from the date of my signature unless noted below.

- On _____ No longer than _____ days from the date of my signature or under the following conditions: _____
- Upon fulfilling the purpose or need for information as specified above, but no longer than _____ days from the date of my signature.

SIGNATURE: A copy of this authorization (including a facsimile copy) may be used with the same effectiveness as the original.

Patient's signature _____ Date _____

Authorized representative name (please print) _____ Relationship to patient _____

Authorized representative signature _____ Date _____

Witness _____ Date _____

Nombre del Paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Mandar de/ Mandar a: _____

Mandar a/ Mandar de: _____

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Clinica Family Health – Lafayette Clinic, 1735 South Public Road, Lafayette, CO 80026 | <input type="checkbox"/> Fax: (303) 926-0363 |
| <input type="checkbox"/> Clinica Family Health – Pecos Clinic, 1701 W. 72nd Avenue, Denver, CO 80221 | <input type="checkbox"/> Fax: (303) 650-6830 |
| <input type="checkbox"/> Clinica Family Health – Peoples Clinic, 2525 13th St., Boulder, CO 80304 | <input type="checkbox"/> Fax: (303) 449-9631 |
| <input type="checkbox"/> Clinica Family Health – Thornton Clinic, 8990 N. Washington St., Thornton, CO 80229 | <input type="checkbox"/> Fax: (720) 929-1421 |
| <input type="checkbox"/> Clinica Family Health – Westminster Clinic, 8510 Bryant St., Suite 200, Westminster, CO 80031 | <input type="checkbox"/> Fax: (303) 546-4000 |
| <input type="checkbox"/> Clinica Family Health – Alpine Clinic, 1000 Alpine, Boulder, CO 80304 | <input type="checkbox"/> Fax: (720) 206-0441 |
| <input type="checkbox"/> OTHER _____ | |
| Attn: Person or Program _____ | |

AUTORIZACIÓN GENERAL:

Autorizo a Clínica a divulgar la información especificada a continuación a la organización, organismo o persona mencionado en esta solicitud. Comprendo que Clínica no puede negarse a proporcionar tratamiento si me niego a firmar esta autorización. Comprendo que el destinatario de la información divulgada puede volver a divulgarla en virtud de esta autorización y que podría no estar protegida por leyes de privacidad. Además, comprendo que Clínica no divulgará ni volverá a divulgar la información que reciba de los proveedores de tratamiento contra el trastorno de uso de sustancias si esa información está sujeta a los reglamentos de 42 CFR Parte 2, excepto si está expresamente permitido por dichos reglamentos.

INFORMACIÓN DE SALUD SOLICITADA (DIVULGAR SOLAMENTE LOS ÍTEMS AUTORIZADOS POR EL PACIENTE):

<input type="checkbox"/> *Copia completa de la historia clínica	<input type="checkbox"/> Plan de tratamiento	<input type="checkbox"/> Electroencefalograma
<input type="checkbox"/> Copia completa de la historia clínica dental	<input type="checkbox"/> Informes operativos o de consulta	<input type="checkbox"/> Electrocardiograma
<input type="checkbox"/> Historia y examen médico	<input type="checkbox"/> Registro del departamento de urgencias	<input type="checkbox"/> Evaluación psicológica (excluye las notas de psicoterapia)
<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio	<input type="checkbox"/> Resumen del alta del hospital	<input type="checkbox"/> Notas del tratamiento psiquiátrico
<input type="checkbox"/> Informes de imagenología	<input type="checkbox"/> Notas de salud conductual	<input type="checkbox"/> Exámenes y evaluaciones neuropsiquiátricas o psiquiátricas
<input type="checkbox"/> Registro de vacunas	<input type="checkbox"/> Órdenes médicas o notas de evolución	<input type="checkbox"/> Otro: _____

*La copia completa de la historia clínica incluye los documentos de todas las visitas a la consulta realizadas con cualquier proveedor de atención médica o miembro del equipo de atención de Clínica, comunicación telefónica y notas de My CLINICA Connection, resultados de exámenes de laboratorio, registros de vacunas y un resumen de medicamentos, diagnósticos, antecedentes de salud y remisiones.

Nota: Ante una solicitud de todos los registros médicos, Clínica no puede garantizar la integridad de los registros de los proveedores ajenos, pero proporcionará copias de la información de los proveedores ajenos que esté a disposición de Clínica. Para obtener los registros más completos de los proveedores ajenos a Clínica, lo invitamos a obtener los registros del proveedor original.

AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA:

Comprendo que estos registros pueden contener información protegida por reglamentos federales. Revisé los ítems a continuación y seleccioné los ítems que **no** autorizo para su divulgación:

- Información de abuso de alcohol o drogas: comprendo que mis registros de farmacodependencia están protegidos en virtud de los reglamentos federales que regulan la confidencialidad de los registros de pacientes de abuso de alcohol y drogas, 42 CFR Parte 2, y que no se pueden divulgar sin mi consentimiento por escrito a menos que los reglamentos así lo dispongan.
- Información del tratamiento psiquiátrico
- Otro: _____

CONDICIONES Y FECHAS DEL CUIDADO CUBIERTO:

- En relación con estas fechas de tratamiento y / o para las condiciones: _____
- Todas las admisiones o cuidado proporcionado en esta facilidad hasta la fecha en que firmo este documento.

PROPOSITO PARA EL CUAL LA INFORMACIÓN SERA UTILIZADA:

- Evaluación o Tratamiento Adicional Aseguranza / Reembolso Asuntos Legales Verificar Estatus del Tratamiento Uso Personal
- Coordinación del Cuidado Remuneración del Trabajador Otro (especifique) _____

EXPIRACIÓN O REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, a menos que se haya realizado alguna acción para conformarse con ella o de seguridad sobre ella. Si no expreso mi deseo de revocarla antes, esta autorización se vencerá automáticamente a los 365 días después de la fecha de mi firma, con la excepción de lo mencionado abajo:

- En la fecha _____ No más de _____ días después de la fecha de mi firma o bajo las siguientes condiciones: _____
- Al cumplir con el propósito o la necesidad de la información según lo detallado arriba, pero no más de _____ días después de la fecha de mi firma.

FIRMA: Una copia de esta autorización (incluyendo una copia de fax) se puede utilizar con la misma eficacia que la original.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Nombre del representante autorizado (en letra de molde) _____ Parentesco al paciente _____

Firma del representante autorizado _____ Fecha _____

Testigo _____ Fecha _____