



Form ID: ROI
**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF
INFORMATION OF PROTECTED
HEALTH INFORMATION (PHI)**
Reorder #: 90015 (REV. 8/16-A)

PATIENT ID LABEL

Bayonne Medical Center Christ Hospital Hoboken University Medical Center Other: _____ CarePoint Physician Practice: _____

All portions of this form **must** be completed to constitute a valid authorization of release of health information under the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) privacy regulations. If any field is left blank, the authorization will be considered defective.

I HEREBY AUTHORIZE USE/DISCLOSURE OF MY PROTECTED HEALTH INFORMATION AS FOLLOWS:

1. Patient Information: (Please print)

Last Name: _____ First Name: _____ Middle Initial: _____ MR #: _____

Date of Birth: _____ Phone Number: (_____) _____ Email Address: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

2. Release of Information is to (I authorize the use and disclosure of health information about me as described below):

Name/Organization: _____

Phone Number: (_____) _____ Fax Number: (_____) _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

3. Health Information that may be used/disclosed is limited to the following (check all that apply):

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Progress Notes | <input type="checkbox"/> Consultation(s) | <input type="checkbox"/> X-ray Report(s) | <input type="checkbox"/> Billing Records |
| <input type="checkbox"/> Emergency Room Record | <input type="checkbox"/> Lab(s) | <input type="checkbox"/> EKG/EEG | <input type="checkbox"/> Imaging/X-ray Film(s) |
| <input type="checkbox"/> Discharge Summary | <input type="checkbox"/> Pathology Report | <input type="checkbox"/> Fetal Heart Monitor Strips | <input type="checkbox"/> Other (specify): _____ |
| <input type="checkbox"/> History & Physical | <input type="checkbox"/> Operative/Procedure Note(s) | <input type="checkbox"/> Entire Medical Record | |

4. Health Information that may be used/disclosed is limited to the following periods of healthcare:

From (date): _____ To (date): _____ Account Number: _____

From (date): _____ To (date): _____ Account Number: _____

5. Health information to be released to the above named agency/individual is to be used for the following purpose(s):

- | | | | |
|---|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Treatment/Consultation | <input type="checkbox"/> Research | <input type="checkbox"/> Billing or Claims Payment | <input type="checkbox"/> Legal |
| <input type="checkbox"/> At Request of Patient | <input type="checkbox"/> Marketing | <input type="checkbox"/> At Request of Employer | <input type="checkbox"/> Other (specify): _____ |

Policy for Restriction of Disclosure CPCOM 031 Any prior restriction of disclosure on file? Yes No Date: _____

I hereby give special authorization to release the following information excluding Psychotherapy notes (check all that apply):

- AIDS/HIV Alcohol Abuse Drug Abuse Mental Health DNA

Signature: _____ Date: _____ Time: _____

Personal Representative Signature (if applicable): _____

Description of authority to act on behalf of the patient: _____

"Health Information" identifies you (the patient) by name, and includes other demographic information about you. "Health Information" may include, but is not limited to: medical records, x-ray films, slides, tracings, strips, etc.

I hereby discharge the facility, its agents and employees for any and all liabilities, responsibilities, damages and claims which might arise from this authorized release of the information that was compiled during my visit, encounter or hospitalization, or make copies thereof in accordance with the policies of this facility Yes No **if applicable**. I agree to the release of my medical or billing records containing the sensitive information listed above.

Protected Health Information used or disclosure pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and is no longer protected by this privacy rule. If research-related Health Information is used or disclosed for continued research purposes, an expiration date or event does not apply.

This authorization will automatically expire **90** days after the date of signature below (except as indicated below), unless an earlier date is specified, or at the conclusion of a specified event, I understand that I have a right to revoke this authorization at any time, in writing, as stated in the Notice of Privacy Practices, except where the facility has already made disclosures in reliance upon my prior authorization.

Expiration Date of Event: _____

Treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits may not be conditioned on obtaining an authorization if the HIPAA prohibits such conditioning. If conditioning is permitted, refusal to sign the authorization may result in denial of care or coverage.

NOTICE TO RECEIVING AGENCY OR INDIVIDUAL: This information is to be treated in accordance with (HIPAA) privacy regulations.

Patient's or Authorized Personal Representative's Signature:		Date:	Time:
Relationship to Patient/Authority to Act on Patient's Behalf:			
Witness's Signature:		Date:	Time:
<input type="checkbox"/> Signature validated against government issued ID or signature in medical record. There may be a charge for copying medical records. <input type="checkbox"/> Electronic copy requested.			
Interpreter, if Utilized:	Interpreter Name: <input type="checkbox"/> Approved Translation Service <input type="checkbox"/> Trained Staff Member	Interpreter ID#:	Language Accessed:

***A copy of this authorization must be given to the individual**



Id. de formulario: ROI
**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN
DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA
(PHI)**
N.º de pedido: 90015 (REV. 8/16-A)

PATIENT ID LABEL

Bayonne Medical Center Christ Hospital Hoboken University Medical Center Other: _____ CarePoint Physician Practice: _____

Para que este formulario se considere una autorización válida para la divulgación de información médica, se deben completar todas las secciones, según las normativas de confidencialidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA). Si se deja vacío alguno de los campos, la autorización no tendrá validez.

POR LA PRESENTE, AUTORIZO QUE SE USE O DIVULGUE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA QUE FIGURA ABAJO:

1. Información del paciente: (en letra de imprenta)

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ N.º HC: _____
Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: (_____) _____ Dirección de correo electrónico: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

2. Puede divulgarse la información solamente a la siguiente persona/organización (autorizo el uso y la divulgación de mi información médica según lo descrito a continuación):

Nombre/Organización: _____
Número de teléfono: (_____) _____ Número de fax: (_____) _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

3. Puede usarse o divulgarse solamente la siguiente información médica (seleccione todas las opciones que correspondan):

- Notas sobre la evolución Interconsultas Informes de radiografías Registros de facturación Registro de sala de emergencias
 Análisis de laboratorio Electrocardiogramas/electroencefalogramas Radiografías y otros estudios de diagnóstico por imágenes
 Resumen del alta Informe de patología Registro cardiocotográfico Otro (especifique): _____
 Antecedentes y resultados de examen físico Notas de procedimientos/intervenciones quirúrgicas Historia clínica en su totalidad

4. Puede usarse o divulgarse solamente la información médica correspondiente a los siguientes periodos de atención:

Desde (fecha): _____ Hasta (fecha): _____ Número de cuenta: _____
Desde (fecha): _____ Hasta (fecha): _____ Número de cuenta: _____

5. La información médica que se divulgue a la agencia o el individuo mencionados anteriormente se debe utilizar para los siguientes fines:

- Tratamiento/Interconsultas Investigación Facturación o pago de reclamos Asuntos legales
 Por solicitud del paciente Marketing Por solicitud del empleador Otro (especifique): _____

Política de restricción de la divulgación CPCOM 031. ¿Existe alguna restricción de divulgación anterior en los archivos? Sí No Fecha: _____

Por la presente, doy mi autorización especial para que se divulgue la siguiente información, excepto notas de psicoterapia (seleccione todas las opciones que correspondan):

- SIDA/VIH Consumo excesivo de alcohol Abuso de sustancias Salud mental ADN

Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Firma del representante personal (si corresponde): _____

Descripción de la autoridad para actuar en representación del paciente: _____

La "información médica" lo identifica a usted (el paciente) por su nombre, e incluye otros datos demográficos sobre usted. La "información médica" puede incluir, entre otros, los siguientes: historias clínicas, radiografías, diapositivas, gráficos, tiras, etc.

Por la presente, exoneró al centro, sus agentes y empleados de toda responsabilidad, todo daño o todo reclamo que pueda surgir como resultado de esta divulgación autorizada de la información que se recopila durante mi visita, encuentro u hospitalización, o de las copias realizadas de dicha información en conformidad con las políticas de este centro.

Sí No (*si corresponde*), acepto que se divulguen registros médicos o de facturación que contengan la información confidencial sobre mí mencionada arriba.

La información médica protegida utilizada o divulgada en conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una consiguiente divulgación por parte del receptor, en cuyo caso ya no quedará protegida en virtud de esta norma de confidencialidad. Si se utiliza o se divulga información médica relacionada con una investigación con fines de continuar la investigación, no se podrá aplicar una fecha o un evento para el vencimiento.

Esta autorización vencerá automáticamente **90** días después de la fecha de la firma a continuación (a no ser que se indique abajo lo contrario), a menos que se especifique una fecha anterior o que concluya un evento específico. Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, de acuerdo a lo establecido en el Aviso de prácticas de confidencialidad, excepto en los casos en los que el centro ya haya divulgado cierta información en conformidad con mi anterior autorización. Fecha de vencimiento del evento: _____

El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar sujetos a la obtención de una autorización si la Ley HIPAA prohíbe ese tipo de limitación. Si se permite la limitación, la negativa a firmar la autorización puede resultar en la denegación de atención o cobertura.

AVISO PARA LA AGENCIA O EL INDIVIDUO RECEPTOR: Esta información debe manejarse en conformidad con las reglas de confidencialidad (de la Ley HIPAA).

Firma del paciente o del representante personal autorizado:	Fecha:	Hora:
Relación con el paciente/Autoridad para actuar en representación del paciente:		
Firma del testigo:	Fecha:	Hora:
<input type="checkbox"/> Se constató la firma mediante la presentación de una identificación emitida por el gobierno o la comparación con la firma guardada en los archivos. Es posible que se cobre un cargo por sacar copias de la historia clínica. <input type="checkbox"/> Se solicitó una copia electrónica.		

***La persona debe recibir una copia de esta autorización.**