



# Tuality Healthcare

## AUTHORIZATION TO OBTAIN & DISCLOSE MEDICAL INFORMATION

Please obtain medical records and information pertaining to medical history, mental or physical condition, service rendered, or treatment of:

**Patient Name:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_

**Address:** \_\_\_\_\_ **Last 4 Digits SS# :** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_

**City:** \_\_\_\_\_ **State:** \_\_\_\_\_ **Zip Code:** \_\_\_\_\_

Please **EXCHANGE** information **BETWEEN** the following:

_____ <b>and</b> _____
Name & Title of Provider / Organization
Street Address
City / State / Zip
_____
Name & Title of Provider / Organization
Street Address (or specified fax number)
City / State / Zip

**For the purpose of:**  Patient Care  Insurance Claim  Self  Other \_\_\_\_\_

**List specific dates of records to be released:** \_\_\_\_\_

**Duration:** This authorization shall begin immediately and remain in effect until (date):   
or not more than 180 days from this date

**Description or nature of information to be used and / or disclosed:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Discharge summaries                                 | <input type="checkbox"/> Operative reports           | <input type="checkbox"/> All hospital records   |
| <input type="checkbox"/> History & Physical Exams                            | <input type="checkbox"/> Radiology & Imaging reports | <input type="checkbox"/> Clinician office notes |
| <input type="checkbox"/> Consultations                                       | <input type="checkbox"/> Laboratory report           | <input type="checkbox"/> Billing statements     |
| <input type="checkbox"/> Pathology reports                                   | <input type="checkbox"/> Most recent 2 years         | <input type="checkbox"/> Geripsych Screening    |
| <input type="checkbox"/> Records for the following dates or treatment: _____ |  |   |
| <input type="checkbox"/> Other (specify): _____                              |  |   |

**The following (\*) must be initialed by the patient to be included in the use and / or disclosure of other health information:**

_____ * HIV / AIDS related information and / or records	_____ * Mental Health Information
_____ * Genetic Testing information	_____ ** Drug / Alcohol referral information

\*\* Federal regulation (in 42 CFR Part 2) requires a description of how much and what kind of information will be disclosed.

**Restrictions:** I understand that the information released may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected.

**Rights:** I understand that I may refuse to sign this authorization and that my refusal to sign may not affect my ability to obtain treatment. I may inspect or copy any information to be used and / or disclosed under this authorization in accordance with organizational policy. I understand that I have the right to revoke this authorization in writing. My revocation will be effective upon receipt, but will not be effective to the extent that this organization has taken action in reliance upon this authorization.

**Signature:** \_\_\_\_\_  
(Patient / legal representative) Date Time

If signed by other than patient, indicate relationship: \_\_\_\_\_  
\*\*\*\*\*

**For Tuality Use Only:**

Date Received: \_\_\_\_\_  Verification of Identity and Authority  Fees explained if needed  
 Records have been sent by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



Tuality Healthcare

**AUTORIZACIÓN PARA OBTENER Y REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA**

Por favor obtenga los expedientes médicos y la información relacionada con el historial médico, la condición mental o física, el servicio prestado o el tratamiento de:

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Por favor **OBTENGA** la información **DE**:

Por favor **ENVÍE** mi información médica **A**:

Nombre y Posición del Proveedor / Organización \_\_\_\_\_

Nombre y Posición del Proveedor / Organización \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Dirección (o especifique número de fax) \_\_\_\_\_

Ciudad / Estado / Código Postal \_\_\_\_\_

Ciudad / Estado / Código Postal \_\_\_\_\_

Para el propósito de:  Cuidado del Paciente  Reclamación de Seguro  Uso Personal  Otro \_\_\_\_\_

Anote las fechas específicas de los registros a revelar: \_\_\_\_\_

Vigencia: Esta autorización tendrá efecto de inmediato y permanecerá vigente hasta (fecha):   
no excederá más de 180 días a partir de esta fecha

Descripción o naturaleza de la información que se va a usar y/o revelar:

- Resúmenes de Dada de Alta
- Informes Operativos
- Todos los Expedientes Hospitalarios
- Historial y Exámenes Físicos
- Informes Rayos X e Imágenes
- Notas de Consultorio Clínico
- Consultas
- Informe de Laboratorio
- Cuentas de Cobro
- Informes de Patología
- De los 2 años más recientes
- Selección Psico-Geriátrica
- Expedientes de las siguientes fechas de tratamiento: \_\_\_\_\_
- Otra (Especifique): \_\_\_\_\_

**Lo siguiente (marcado con\*) debe tener las iniciales del paciente para que se incluya dentro del uso y/o revelación de otra información sobre la salud:**

- \_\_\_\_\_ \* Información y/o expedientes relacionados con VIH / SIDA
- \_\_\_\_\_ \* Información sobre Salud Mental
- \_\_\_\_\_ \* Información sobre Prueba Genética
- \_\_\_\_\_ \*\* Información sobre remisión por Drogas y/o Alcohol

\*\* Las reglamentaciones federales (en el Código Federal de Reglamentos 42, Parte 2) exigen una descripción de la cantidad y la clase de la información que se va a revelar

**Limitaciones:** Entiendo que la información revelada puede estar sujeta a nuevas revelaciones por parte del receptor y podría dejar de estar protegida.

**Derechos:** Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no puede afectar mi derecho a recibir tratamiento. Puedo examinar o copiar cualquier parte de la información que se va a usar o a revelar bajo esta autorización, de acuerdo con las normas de la organización. Entiendo que tengo derecho a revocar por escrito esta autorización. Mi revocación tendrá efecto desde el momento en que sea recibida, pero no tendrá efecto hasta el grado en que esta organización haya actuado dependiendo de esta autorización.

Firma: \_\_\_\_\_  
(Paciente / Representante legal) Fecha Hora

Si es firmado por una persona distinta al paciente, indique la relación: \_\_\_\_\_  
\*\*\*\*\*

**For Tuality Use Only:**

Date Received: \_\_\_\_\_  Verification of Identity and Authority  Fees explained if needed

Records have been sent by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_