

Authorization For Release Of Protected Health Information

HEALTH INFORMATION MANAGEMENT

401 Griffin Brook Drive, Suite 200, Methuen, MA 01844 • Phone 978-686-2497 • Fax 978-687-1947

CLINIC SITES

- 34 Haverhill St. Lawrence, MA 01841 • Phone 978-686-0090 • Fax 978-681-5963
- 150 Park St. Lawrence, MA 01841 • Phone 978-685-1770 • Fax 978-682-5787
- 73D Winthrop Ave. Lawrence, MA 01843 • Phone 978-686-3017 • Fax 978-685-4280
- 700 Essex St. Lawrence, MA 01841 • Phone 978-689-2400 • Fax 978-683-0663
- GLFHC @ LGH • One General St, Lamprey Building, 4th Floor, Lawrence, MA 01841 • Phone 978-983-048 • Fax 978-794-0458
- Methuen Family Health Center • 147 Pelham Street, Methuen, MA 01844 • Phone 978-645-2547 • Fax 978-683-3058



SCHOOL-BASED HEALTH CENTERS

- 70-71 No Parrish Rd Health Suite A-184 Lawrence, MA 01840 • Phone 978-722-8391 • Fax 978-722-8511
- 57 River Rd Andover, MA 01810 • Phone 978-686-8521 • Fax 978-686-8594

GLFHC MR #: _____ Date of Birth: _____

Patient's Name: _____

Address: _____

City, State, Zip: _____

Telephone: _____ SSN: XXX - XX - _____

Patient's Email Address: _____

Reason for release (Required): _____

From: Who do you want to <u>release</u> the information?	
Name	_____
Address	_____
City, State, Zip	_____
To: Who do you want to <u>receive</u> the information?	
Name	_____
Address	_____
City, State, Zip	_____
Phone	_____
<input type="checkbox"/> Please Fax To	_____

I authorize the following portions of my medical record to be released: All Records

- Prenatal Records Last Physical Medication List
- Immunizations Form/Letter Medical History
- Test Results _____ (Please Specify)
- Other _____ (Please Specify)

(Please include dates, if applicable)

If my record contains any of the following information which is sensitive or protected by stricter confidentiality laws, I authorize the release of only those that are checked and initialed:

- | | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> HIV testing | _____ |
| <input type="checkbox"/> AIDS related information | _____ |
| <input type="checkbox"/> Drug abuse and/or treatment | _____ |
| <input type="checkbox"/> Alcohol abuse and/or treatment | _____ |
| <input type="checkbox"/> Psychiatric Evaluation and/or treatment | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sexually Transmitted Infections | _____ |
| <input type="checkbox"/> Family Planning Services | _____ |
| <input type="checkbox"/> Other _____ | _____ |

INFORMATION RELEASED MAY BE SUBJECT TO REDISCLOSURE BY RECIPIENT

I prefer my health information to be released via:

- Paper copy CD Verbal Communication Only
- Patient Portal (To patient only. Valid email is required.)

THIS AUTHORIZATION IS SUBJECT TO REVOCATION AT ANY TIME

- Except to the extent that disclosure made in good faith has already occurred. Revocation must be made in writing.

TREATMENT AT THE GLFHC IS NOT CONDITIONED ON WHETHER OR NOT YOU SIGN THIS AUTHORIZATION

- You may refuse to sign this authorization

PLEASE NOTE THAT THERE MAY BE A FEE FOR REPRODUCING COPIES OF THE MEDICAL RECORD.

Patient's Signature: _____ **Date:** _____
(expires in 6 months)

Legal Representative: _____
(If patient is unable to sign, signature of person authorized and relationship to patient)

Witness: _____ **Date:** _____

<u>GLFHC Use Only</u>	<input type="checkbox"/> Authorization form was reviewed with patient by _____ <input type="checkbox"/> Records are to be mailed to name and address listed above <input type="checkbox"/> Records are expected to be completed by ___/___/___ <input type="checkbox"/> Patient will pick up at: <input type="checkbox"/> GB <input type="checkbox"/> Hav St <input type="checkbox"/> MFHC <input type="checkbox"/> LGH <input type="checkbox"/> North <input type="checkbox"/> South <input type="checkbox"/> West <input type="checkbox"/> Fee will be charged for copies if checked. <input type="checkbox"/> Patient will call after ___ / ___ / ___ for amount of fee.
------------------------------	--

Autorización para la revelación de información médica

HEALTH INFORMATION MANAGEMENT

401 Griffin Brook Drive, Suite 200, Methuen, MA 01844 • Phone 978-686-2497 • Fax 978-687-1947

CLINIC SITES

- 34 Haverhill St. Lawrence, MA 01841 • Phone 978-686-0090 • Fax 978-681-5963
- 150 Park St. Lawrence, MA 01841 • Phone 978-685-1770 • Fax 978-682-5787
- 73D Winthrop Ave. Lawrence, MA 01843 • Phone 978-686-3017 • Fax 978-685-4280
- 700 Essex St. Lawrence, MA 01841 • Phone 978-689-2400 • Fax 978-683-0663
- GLFHC @ LGH • One General St, Lamprey Building, 4th Floor, Lawrence, MA 01841 • Phone 978-983-048 • Fax 978-794-0458
- Methuen Family Health Center • 147 Pelham Street, Methuen, MA 01844 • Phone 978-645-2547 • Fax 978-683-3058



SCHOOL-BASED HEALTH CENTERS

- 70-71 No Parrish Rd Health Suite A-184 Lawrence, MA 01840 • Phone 978-722-8391 • Fax 978-722-8511
- 57 River Rd Andover, MA 01810 • Phone 978-686-8521 • Fax 978-686-8594

Número de historial médico: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: _____ Número de seguro social: XXX - XX - _____

Correo electrónico del paciente: _____

Razón para la revelación: (Requisito) _____

De: ¿Quién desea usted que <u>revele</u> su información?	
Nombre:	_____
Dirección	_____
Ciudad, Estado, Código Postal	_____
Para: ¿Quién desea usted que <u>reciba</u> su información?	
Nombre:	_____
Dirección	_____
Ciudad, Estado, Código Postal	_____
Teléfono	_____
<input type="checkbox"/> Por favor envíe por fax	_____

Autorizo que las siguientes porciones de mi historial médico sean reveladas: Todo el historial

- Historial Prenatal Último físico Lista de medicamentos
- Vacunas Formulario/Carta Historia Médica
- Resultados de prueba _____ (Por favor especifique)
- Otro _____ (Por favor especifique)

(Si aplica, favor de incluir las fechas)

Si mi historial médico contiene información sensitiva o protegida por leyes de confidencialidad más estrictas, autorizo que se revele únicamente la información marcada y firmada con las iniciales de mi nombre.

Iniciales

- Prueba del VIH _____
- Información relacionada con el SIDA _____
- El abuso de drogas y/o tratamiento _____
- El abuso del alcohol y/o tratamiento _____
- Evaluaciones siquiátricas y/o tratamiento _____
- Enfermedades transmitidas sexualmente _____
- La planificación de familia _____
- Otro _____

LA INFORMACIÓN REVELADA PUEDE ESTAR SUJETA A MÁS DIVULGACIÓN POR EL DESTINATARIO.

Prefiero que mi información médica sea revelada vía

- Copia impresa CD Comunicación oral solamente
- Portal del Paciente (Solo para paciente. Se requiere un correo electrónico válido)

ESTA AUTORIZACIÓN ESTÁ SUJETA A SER REVOCADA EN CUALQUIER MOMENTO

Excepto si la revelación hecha en buena fe ya ocurrió. La revocación debe ser por escrito.

EL TRATAMIENTO EN GLFHC NO ESTÁ CONDICIONADO A SI USTED FIRMA O NO ESTA AUTORIZACIÓN

Usted puede negarse a firmar esta autorización

FAVOR DE TENER EN CUENTA QUE SE PUEDE COBRAR UNA TARIFA POR HACER COPIAS DEL HISTORIAL MÉDICO

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____ (expira en 6 meses)

Representante legal: _____
(Si el paciente es incapaz de firmar, la firma de la persona autorizada y relación al paciente)

Testigo: _____ **Fecha:** _____

GLFHC Use Only

- Authorization form was reviewed with patient by _____
- Records are to be mailed to name and address listed above Records are expected to be completed by ___/___/___
- Patient will pick up at: GB Hav St MFHC LGH North South West
- Fee will be charged for copies if checked. Patient will call after ___/___/___ for amount of fee.