

# Authorization For Release Of Protected Health Information

## HEALTH INFORMATION MANAGEMENT

401 Griffin Brook Drive, Suite 200, Methuen, MA 01844 • Phone 978-686-2497 • Fax 978-722-3090

## 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, 4<sup>th</sup> 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): \_\_\_\_\_

**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:**

- |  | <u>Initials</u> |
|--|-----------------|
| <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.)

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

**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

**FEDERAL LAW/42 CFR PART 2 PROHIBITS UNAUTHORIZED DISCLOSURE OF DRUG OR ALCOHOL ABUSE OR TREATMENT RECORDS**

- Re-release is only allowed with authorization of patient.

**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:** \_\_\_\_\_

**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.

# Autorización para la revelación de información médica

## HEALTH INFORMATION MANAGEMENT

401 Griffin Brook Drive, Suite 200, Methuen, MA 01844 • Phone 978-686-2497 • Fax 978-722-3090

## 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, 4<sup>th</sup> 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) \_\_\_\_\_

**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.**

- |   |                  |
|---|------------------|
|   | <u>Iniciales</u> |
| <input type="checkbox"/> Prueba del VIH                             | _____            |
| <input type="checkbox"/> Información relacionada con el SIDA        | _____            |
| <input type="checkbox"/> El abuso de drogas y/o tratamiento         | _____            |
| <input type="checkbox"/> El abuso del alcohol y/o tratamiento       | _____            |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones psiquiátricas y/o tratamiento | _____            |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades transmitidas sexualmente      | _____            |
| <input type="checkbox"/> La planificación de familia                | _____            |
| <input type="checkbox"/> 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)

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

**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

**LA LEY FEDERAL/42 CFR PARTE 2 PROHIBE LA DIVULGACIÓN NO AUTORIZADA DEL HISTORIAL DE ABUSO DE DROGAS O ALCOHOL O TRATAMIENTO** - La re-divulgación se permite solo con la autorización del paciente

**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:** \_\_\_\_\_

<b>GLFHC Use Only</b>	<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.
-----------------------	--