



Authorization for Release of Protected Health Information

CLINIC SITES

- 34 Haverhill St. Lawrence, MA 01841
- 150 Park St. Lawrence, MA 01841
- 73D Winthrop Ave. Lawrence, MA 01843
- 700 Essex St. Lawrence, MA 01841
- GLFHC @ LGH • One General St, Lamprey Building, 4th Floor, Lawrence, MA 01841
- Haverhill Family Health Center • 755 Main St, Haverhill, MA 01830
- Methuen Family Health Center • 147 Pelham Street, Methuen, MA 01844

HEALTH INFORMATION MANAGEMENT
401 Griffin Brook Drive, Suite 200, Methuen, MA 01844
Phone 978-686-2497 Ext. 8570

Fax Copies of Records to 978-687-1947
Fax Requests for Records to 978-722-3090

SCHOOL-BASED HEALTH CENTERS

- LHS • 70-71 No Parrish Rd Health Suite A-184 Lawrence, MA 01840
- GLTS • 57 River Rd Andover, MA 01810

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

I prefer my health information to be released via:

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

From: Who do you want to release the information?

Name	_____
Address	_____
City, State, Zip	_____

To: Who do you want to receive 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: INFORMATION RELEASED MAY BE SUBJECT TO REDISCLOSURE BY RECIPIENT AND NO LONGER PROTECTED

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. NOTES:



Autorización para la revelación de información médica

CLINIC SITES <input type="checkbox"/> 34 Haverhill St. Lawrence, MA 01841 <input type="checkbox"/> 150 Park St. Lawrence, MA 01841 <input type="checkbox"/> 73D Winthrop Ave. Lawrence, MA 01843 <input type="checkbox"/> 700 Essex St. Lawrence, MA 01841 <input type="checkbox"/> GLFHC @ LGH • One General St, Lamprey Building, 4 th Floor, Lawrence, MA 01841 <input type="checkbox"/> Haverhill Family Health Center • 755 Main St, Haverhill, MA 01830 <input type="checkbox"/> Methuen Family Health Center • 147 Pelham Street, Methuen, MA 01844	HEALTH INFORMATION MANAGEMENT 401 Griffin Brook Drive, Suite 200, Methuen, MA 01844 Phone 978-686-2497 Ext. 8570 Fax Copies of Records to 978-687-1947 Fax Requests for Records to 978-722-3090
	SCHOOL-BASED HEALTH CENTERS <input type="checkbox"/> LHS • 70-71 No Parrish Rd Health Suite A-184 Lawrence, MA 01840 <input type="checkbox"/> GLTS • 57 River Rd Andover, MA 01810

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 _____

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

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

ATENCIÓN: LA INFORMACIÓN DIVULGADA PUEDE ESTAR SUJETA A UNA NUEVA DIVULGACIÓN POR PARTE DE QUIEN LA RECIBE Y YA NO ESTAR PROTEGIDA.

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 <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. <input type="checkbox"/> NOTES:
