



NEW HANOVER COUNTY HEALTH DEPARTMENT

2029 South 17th Street, Wilmington, NC 28401

TELEPHONE (910) 798-6500 FAX (910) 772-7805

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION



Patient Name: _____
First Middle Last Maiden/Former

Date of Birth: _____ Social Security #: _____ Phone #: _____

Specific Information Requested:

- Admission Assessment, Acknowledgment of client for appointment purposes, Clinic Notes, Diagnosis(es), Discharge Summary, Financials, History/Physicals, HIV/AIDS Initials, Pathology Report, Progress Notes, Prenatal Record, Psych Record Initials, Treatment Plan, Vaccines, Other

For: Continuity of Care, Insurance Processing, Legal Proceedings, Personal Use, Other

Authorization to Release Information:

I authorize and request _____ to release medical information to _____ concerning my treatment from _____ to _____.

Consents:

I understand my health care and the payment for my health care will not be affected if I do not sign this form Initial. I understand I may see and obtain a copy of the information described in this form if I ask and I may receive a copy of this authorization after signing. Initial.

I understand this information may include, when applicable, information relating to sexually transmitted disease, Human Deficiency Immunodeficiency Virus (HIV infection, Acquired Immune Deficiency Syndrome or AIDS Related Complex) and any other communicable disease. It may also include information about behavioral or mental health services, referral and/or treatment for alcohol and drug abuse as permitted by 42 CFR Part 2. Initial.

I hereby authorize the use or disclosure of my personal health information as described above. I understand I may refuse to sign this authorization and this authorization is voluntary. I understand if the organization authorized to receive the information is not a health plan or health care provider, the released information may no longer be protected by federal privacy regulations. I understand I may revoke this authorization at any time by notifying New Hanover County Health Department (NHCHD) in writing and that this authorization will automatically expire on ____/____/____ (MM/DD/YY) or 1 year from the date signed below, whichever is earlier. This hereby releases the sender from all legal responsibility or liability of the release of information described above. I also understand if I revoke my authorization it will not have any effect on any actions NHCHD took before it received the revocation. I understand medical records, laboratory reports, pathology reports and billing information may be sent via facsimile to another medical facility or physician office involved in the care of the patient or responsible for any part of the patient's charges.

If requesting alcohol or drug abuse treatment information.

This information has been disclosed to you from records protected by Federal confidentiality rules 42 CFR Part2. The Federal rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or otherwise permitted by 42 CFR Part 2. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose. The Federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient. Initial.

Name of Patient, or Legally Appointed Representative

Signature of Patient or Authorized Representative

Relationship if other than Patient

Date Signed

Witness Signature: _____ Authorization revoked on _____ (date)

Patient ID: Driver's License, State Issued ID, Military ID, Other Requested denied due to _____

**Notarization is required for requests mailed or faxed by patient.

COUNTY OF _____

I, a Notary Public, do hereby certify that _____ (here give the name of the grantor or maker) personally appeared before this day and acknowledged the due execution of the foregoing instrument. Witness my hand and (where an official seal is required by law) official seal.

This is the _____ day of _____ (year) (Official Seal) _____

Notary Public Printed Name: _____ My Commission Expires: _____



DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE NEW HANOVER

2029 South 17th Street, Wilmington, NC 28401

TELÉFONO (910) 798-6500 FAX (910) 772-7805

PERMISO DE COMPARTIR INFORMACION MEDICA



Nombre del Paciente: _____
Primer Segundo Nombre Apellido Apellido de Soltera/Otro

Fecha de Nacimiento: _____ Segundo Social #: _____ Teléfono #: _____

Información Especifica Solicitada:

- Evaluación de Admisión Confirmación del cliente por razones de citas Notas de la Clinica Diagnosis(es)
Informe de Alta Financiero Historial / Físicos VIH/SIDA Inicial Reporte de Patologia
Notas de Progreso Record Prenatal Plan de Tratamiento Records de Psicología Inicial Vacunas
Otro

Para: Continuation del cuidado Proceso de segu medico Procedimientos Legales Uso Personal Otro

Permiso De Compartir Información:

Yo autorizo y solicito _____ de compartir información médica a _____
con respecto a mi tratamiento desde _____ a _____.

Consentimiento:

Yo entiendo que el cuidado de mi salud y el pago por mi servicio médico no serán afectados si yo no firmo esta hoja Inicial. Yo entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en esta forma y puedo recibir una copia de esta autorización después de firmarla, Inicial.

Yo entiendo que esta información puede incluir, cuando es pertinente, información relacionada con enfermedades que transmiten sexualmente, Virus de Inmunodeficiencia Humana (Infección de VIH, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o Complejos Relacionados del SIDA) y cualquier otra enfermedad contagiosa. También puede incluir información acerca de los servicios de la salud mental o del comportamiento, referimientos y/o tratamiento por abuso de alcohol y drogas de acuerdo a 42 CFR Parte 2. Inicial.

Yo, por este medio, autorizo el uso y divulgación de mi información médica personal la cual ha sido descrita arriba. Yo entiendo que puede rehusarme a firmar esta autorización y que esta autorización es voluntaria. Yo entiendo que si la organización autorizada a recibir la información no es un plan de salud o un proveedor de la salud, la información compartida puede ser que ya no este protegida por regulaciones federales de la privacidad. Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando al Departamento de Salud del Condado de New Hanover (NHCHDO por escrito y que esta autorización automáticamente terminara el ___/___/___ (MM/DD/AA) o un año después de la fecha que fue firmada abajo, cualquiera que se presente primero. Mediante esto libera al remitente de todas las responsabilidades u obligaciones de la información liberada descrita arriba. Yo también entiendo que si revoco mi autorización no tendrá ningún efecto en cualquier medidas que el NHCHD tomo antes de recibir la revocación. Yo entiendo que los records médicos, reportes del laboratorio, reportes de patología e información de cobros pueden ser enviado vía fax a otro centro médico u oficina de un doctor involucrado en el cuidado del paciente o responsable de cualquier parte de los cargos del paciente.

Si está solicitando información del tratamiento para el abuso de alcohol o drogas.

Esta información ha sido divulgada a usted de expedientes protegidos por reglas Federales de confidencialidad 42 CFR Parte 2. Las reglas Federales le prohíben a usted divulgar cualquier información a menos que más divulgación es claramente permitida consentimiento escrito de la persona el cual le concierne o de otra manera sea permitida por 42 CFR Parte 2. Una Autorización general para divulgar información médica u otra clase NO es suficiente para este propósito. Las reglas Federales limitan cualquier uso de esta información para investigaciones criminales o procesar pacientes que tiene problemas de abuso de alcohol o drogas. Inicial.

Nombre del Paciente, o Representante Legal

Firma del Paciente o Representante Autorizado

Relación si no es el Paciente

Fecha de la Firma

Witness Signature: _____ Authorization revoked on _____ (date)

Patient ID: Driver's License State Issued ID Military ID Other _____ Requested denied due to _____

**Autenticación bajo notario para solicitudes enviades por el paciente vía correo o fax. COUNTY OF _____

I, a Notary Public, do hereby certify that _____ (here give the name of the grantor or maker) personally appeared before this day and acknowledged the due execution of the foregoing instrument. Witness my hand and (where an official seal is required by law) official seal.

This is the _____ day of _____ (year) (Official Seal) _____

Notary Public Printed Name: _____ My Commission Expires: _____