



# NEW HANOVER COUNTY

## PUBLIC HEALTH

1650 Greenfield Street, Wilmington, NC 28401  
P: (910) 798-3500 | F: (910) 798-7834 | NHCgov.com

Phillip E. Tarte, MHA, Director

### 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 \_\_\_\_\_

I authorize and request \_\_\_\_\_ to release medical information to

\_\_\_\_\_ concerning my treatment from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_.

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 Part 2. 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.

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Authorized Representative

\_\_\_\_\_  
Relationship if other than Patient

\_\_\_\_\_  
Witness Signature

\_\_\_\_\_  
Date Signed

Patient ID:  Driver's License     State Issued ID     Military ID     Other \_\_\_\_\_

Authorization revoked on \_\_\_\_\_ (date)    Requested denied due to \_\_\_\_\_



# SALUD PÚBLICA DEL CONDADO DE NEW HANOVER

1650 Greenfield Street, Wilmington, NC 28401

T: (910) 798-3500 | F: (910) 798-7834 | NHCgov.com

**Phillip E. Tarte, MHA, Director**

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 Clínica     Diagnóstico(es)
- Informe de Alta     Financiero     Historial / Físicos     VIH/SIDA \_\_\_\_\_ Inicial     Reporte de Patología
- Notas de Progreso     Record Prenatal     Plan de Tratamiento     Records de Psicología \_\_\_\_\_ Inicial     Vacunas
- Otro \_\_\_\_\_

Para:  Continuación del cuidado     Proceso de seguio medico     Procedimientos Legales     Uso Personal     Otro \_\_\_\_\_

Yo autorizo y solicito \_\_\_\_\_ de compartir información médica a

\_\_\_\_\_ con respecto a mi tratamiento desde \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.

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 (NHCHD0 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.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Relación si no es el Paciente

\_\_\_\_\_  
Witness Signature

\_\_\_\_\_  
Date Signed

Patient ID:  Driver's License     State Issued ID     Military ID     Other \_\_\_\_\_

Authorization revoked on \_\_\_\_\_ (date) Requested denied due to \_\_\_\_\_