

Authorization to Release Medical Information

I AUTHORIZE WAKEMED TO (Select one): RELEASE OR OBTAIN MY PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)

For the PURPOSE (Select one) of Billing/Insurance Patient Care Personal Legal Other: _____

PATIENT/RECIPIENT INFORMATION (Print)

Patient Information

Name: _____ Date of Birth: _____ Phone #: _____
Address: _____ Fax # (Health care providers only): _____
City: _____ State: _____ Zip Code: _____ Email address: _____

Person/Facility that you wish to receive your records

Name of Person, Organization, or Facility you want us to release your PHI to or obtain your PHI from: _____
Address where you want your PHI sent to: _____ Phone #: _____
City: _____ State: _____ Zip Code: _____ Fax # (Health care providers only): _____
Email address: _____

PHI TO BE RELEASED/OBTAINED

Date Range: From: _____ To: _____

Requested Records (Select any that apply)

- All Medical Records History and Physical Imaging Study/CD Consultations Other (specify):
- Office Visit Discharge Summary Radiology Report Emergency Visit
- Op Note Laboratory Report Immunizations ED Note

Format Requested / Delivery Method

- Mail paper records to address listed above Fax to number listed above (Health care providers only; no personal faxes)
- MyChart (for dates of service on or after 2/1/2015) Access will only be available for 30 days; you may print and/or save a copy for personal use. This option is only available for records that were created in Epic.
- Email: Check one and print email address Unsecure/unencrypted* Secure/encrypted (may be size limitations) Email: _____
*communication by unencrypted email presents a risk that personally identifiable information contained in the email, may be intercepted by unauthorized third parties.

UNDERSTANDING

- I understand the PHI disclosed may include information/results regarding psychological or psychiatric impairment, sexual assault, alcohol abuse, drug abuse, a communicable disease including HIV/AIDS, genetic testing, and/or reproductive health.
- I understand that I may revoke (cancel) this authorization at any time except to the extent that the information has already been released pursuant to this authorization and before I have revoked my authorization. If I revoke this authorization, I must do so in writing to the Health Information Management Department.
- I understand that treatment will not be conditioned upon my completion of this authorization.
- I understand that the information disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by a recipient of such information and would no longer be protected under the terms of the federal privacy rule.
- I understand that requests for "any and/or all" records, and other large volume requests are sent to WakeMed's copy service for processing.
FEES: I understand a reasonable cost-based fee may be charged for copies of records.

AUTHORIZATION AND ACKNOWLEDGEMENT

I hereby certify and attest by my signature on this authorization that I am the patient or duly authorized personal representative of the above patient with the authority to enter this authorization on behalf of such individual. I understand proof of my identity and this authority may be requested. I have read the provisions set forth in this authorization and agree that WakeMed may disclose the medical information of such individual for the purposes set forth herein.

Patient's Signature _____ Date: _____ Phone Number: _____

Printed Name of Personal Representative: _____ Date: _____ Phone Number: _____

Signature of Personal Representative: _____

If you are a Personal Representative explain your relationship/authority to act on behalf of the patient _____

REVOCAION

Unless previously revoked, this Authorization will expire on the following date, event or condition: (list date, event condition) _____
If I fail to specify an expiration date or event or condition, this Authorization shall remain in effect for ninety (90) days from the date I sign it.

SEND COMPLETED FORM TO: HIMROI@Wakemed.org; Fax: 919-350-1720

OR WakeMed Health & Hospitals-HIM Department, 3000 New Bern Avenue, Raleigh, NC 27610. For Questions Call: 919-350-8370.

Place Patient Label Here

WakeMed
Authorization to Release
Medical Information

N-935 REV. 6/26



Authorization to Release Medical Information

AUTORIZO A WAKEMED A (Seleccione uno): DAR OBTENER MI INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Para el PROPÓSITO (Seleccione uno) de Facturación/Seguros Atención al paciente Personal Legal Otro: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE/DESTINATARIO (Imprimir)

Paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____ Teléfono #: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____ Fax # (Solo para proveedores de atención): _____
Dirección de correo electrónico: _____

Información de contacto del destinatario

Nombre de la persona, organización o centro al que desea que divulguemos su u obtengamos su PHI : _____
Dirección desea que divulguemos su u obtengamos su PHI: _____ Teléfono #: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____ Fax # (Solo para proveedores de atención): _____
Dirección de correo electrónico: _____

PHI PARA SER DADO/OBTENIDO

Fecha(s) de visita: _____

Registros solicitados (seleccione los que correspondan)

- | | | | | |
|---|--|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Todos los registros Médicos | <input type="checkbox"/> Historia y Física | <input type="checkbox"/> Estudio de imágenes/CD | <input type="checkbox"/> Consultas | <input type="checkbox"/> Otros (especifique): |
| <input type="checkbox"/> Visita a la oficina | <input type="checkbox"/> Resumen de alta | <input type="checkbox"/> Informes de Radiología | <input type="checkbox"/> Nota Op | |
| <input type="checkbox"/> Visita de atención de urgencia | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Inmunizaciones | <input type="checkbox"/> Nota de ED | |

FORMATO/MÉTODO DE ENTREGA (seleccione uno)

- Correo Fax Revisión in situ (solo con cita previa)
 MyChart (para fechas de servicio a partir del 2/1/2015)
 Correo electrónico: Las comunicaciones por correo electrónico pueden no ser seguras. Existe la posibilidad de que la información incluida en un correo electrónico pueda ser interceptada y leída por otras partes además de la persona a la que va dirigida. Por lo tanto, encriptamos su correo electrónico a menos que marque esta casilla para Seguro/encriptado Inseguro/descriptado Correo: _____

COMPRESIÓN

- Entiendo que la PHI divulgada puede incluir información/resultados sobre deterioro psicológico o psiquiátrico, agresión sexual, abuso de alcohol, abuso de drogas, una enfermedad transmisible como el VIH/SIDA, pruebas genéticas y/o salud reproductiva.
- Entiendo que puedo revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que la información ya haya sido divulgada de conformidad con esta autorización y antes de haber revocado mi autorización. Si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito al Departamento de Administración de Información Sanitaria.
- Entiendo que el tratamiento no estará condicionado a que complete esta autorización.
- Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de un destinatario de dicha información y ya no estaría protegida bajo los términos de la regla federal de privacidad.
- Entiendo que las solicitudes de "cualquiera y/o todos" los registros y otras solicitudes de gran volumen se envían al servicio de copia de WakeMed para su procesamiento. Entiendo que se cobrará una tarifa por estos registros.

AUTHORIZATION AND ACKNOWLEDGEMENT

Por la presente certifico y doy fe con mi firma en esta autorización que soy el paciente o el representante personal debidamente autorizado del paciente mencionado anteriormente con la autoridad para ingresar esta autorización en nombre de dicha persona. Entiendo que se puede solicitar una prueba de mi identidad y esta autoridad. He leído las disposiciones establecidas en esta autorización y acepto que WakeMed puede divulgar la información médica de dicha persona para los fines establecidos en este documento.

Firma del Paciente _____ Fecha: _____ Teléfono #: _____
Nombre en letra de imprenta del representante: _____
Firma del Representante Personal: _____ Fecha: _____ Teléfono #: _____

Si usted es un representante personal, explique su relación/autoridad para actuar en nombre del paciente _____

REVOCACIÓN

A menos que se haya revocado previamente, esta Autorización expirará en la siguiente fecha, evento o condición: (fecha de lista, condición de evento) _____ Si no especifico una fecha de vencimiento o evento o condición, esta Autorización permanecerá en vigor durante noventa (90) días a partir de la fecha en que la firme.

ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETO A: HIMROI@Wakemed.org; Fax: 919-350-1720
WakeMed Health & Hospitals-HIM Department 3000 New Bern Avenue, Raleigh, NC 27610;
Si tiene preguntas, llame al: 919-350-8370