

Huron Regional Medical Center

Hospital - 172 4th St. SE, Huron, SD 57350 - Fax 605-353-6590

HRMC Physicians Clinic 534 Oregon Avenue SE, Huron, SD 57350 - Fax 605-353-6590

Authorization for Disclosure of Health Information

1. **I hereby authorize** [name of provider/hospital]_____ to disclose information from the health records of:

Patient's legal name _____ Date of birth _____

covering the period(s)

From (date) _____ to (date) _____

From (date) _____ to (date) _____

2. **Information to be disclosed:**

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> laboratory/pathology test results | <input type="checkbox"/> discharge summary | <input type="checkbox"/> operative report |
| <input type="checkbox"/> history & physical examination | <input type="checkbox"/> progress notes | <input type="checkbox"/> consultation reports |
| <input type="checkbox"/> imaging film (type) _____ | <input type="checkbox"/> imaging reports | <input type="checkbox"/> photographs |
| <input type="checkbox"/> HRMC Pediatric Clinic | <input type="checkbox"/> HRMC Surgical Clinic | <input type="checkbox"/> HRMC Orthopaedic Clinic |
| <input type="checkbox"/> billing records _____ | | |
| <input type="checkbox"/> other (please specify) _____ | | |

State and federal law restricts release of information regarding patient cases associated with HIV, abuse, alcohol or drug abuse, psychiatric cases, and access to STI services by minors. I authorize information relating to the following:

- yes no acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), human immunodeficiency virus (HIV)
- yes no behavioral health service/psychiatric care
- yes no treatment for abuse, alcohol and/or drug abuse
- yes no sexually transmitted infection testing and treatment (minor age 12-17)

3. **This information is to be disclosed to** (name and address) _____

_____ for the purpose of (optional when requesting for self) _____

4. Information to be released via Paper Compact Disc Patient Portal

5. **I understand** this authorization may be revoked in writing at any time, except to the extent that action has been taken in response to this authorization. **With exclusion of Patient Portal, unless otherwise revoked, this authorization will expire in 90 days from the date signed.**

6. **I understand** that once this information is disclosed, it may be redisclosed and no longer subject to the privacy protections afforded by federal privacy laws.

Signed: _____ (patient/parent of a minor) _____ (date)

_____ or (personal representative-attach copy of document granting authority)(date)

Date Disclosed _____ By Whom _____

Centro Regional Médico de Huron

- Hospital - 172 4th St. SE, Huron, SD 57350 Fax 605-353-6590
- Clínica Pediátrica de HRMC, 530 Iowa Ave SE, Suite 100, Huron, SD 57350 fax 605-554-2302
- Clínica Quirúrgica del HRMC, 172 4th St. SE, Suite 501, Huron, SD 57350 fax 605-353-7661
- Clínica Ortopédica del HRMC, 530 Iowa Ave SE, Suite 107, Huron, SD 57350 Fax 605-352-6512
- Clinica Oído, nariz y garganta del HRMC, 172 4th Street SE, Suite 401, Huron, SD 57350 fax 605-353-6576

Autorización para la Revelación de Información de Salud

1. **Yo, por la presente, autorizo [nombre del proveedor/hospital] _____**
revelar información de los expedientes de salud de:

El nombre legal del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Cubriendo los períodos

De (fecha) _____ A (fecha) _____

De (fecha) _____ A (fecha) _____

2. **La información que será revelada:**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Resultados de prueba del laboratorio/patología | <input type="checkbox"/> Resumen de darle de alta |
| <input type="checkbox"/> Historia y examen físico | <input type="checkbox"/> Notas de progreso |
| <input type="checkbox"/> Imágenes filmadas (el tipo) _____ | <input type="checkbox"/> Informes de imágenes |
| <input type="checkbox"/> Informe operativo | <input type="checkbox"/> Informes consultorios |
| <input type="checkbox"/> Fotografías | <input type="checkbox"/> Clínica Quirúrgica del HRMC |
| <input type="checkbox"/> Clínica Pediátrica de HRMC | <input type="checkbox"/> Clínica Ortopédica del HRMC |
| <input type="checkbox"/> Registros de facturación _____ | |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) _____ | |

Ley estatal y federal restringe la revelación de información con respecto a los casos de pacientes asociados con HIV, el abuso, abuso de alcohol o drogas y los casos psiquiátricos. Yo autorizo la información relacionada con lo siguiente:

- Sí No síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), virus de inmunodeficiencia humana (HIV)
- Sí No servicio médico para la conducta / cuidado psiquiátrico
- Sí No tratamiento para el abuso, alcohol y/o abuso de drogas

3. **Ésta información será revelada a** (nombre y dirección) _____

_____ para el propósito de (opcional cuando se pida para usted mismo) _____

4. Información será publicada a través de Papel, o Disco compacto.

5. **Yo entiendo** que ésta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, excepto hasta tal punto que las medidas han sido tomadas en respuesta a ésta autorización. **A menos que esté revocada por otra razón, esta autorización expirará en 90 días de la fecha firmada.**

6. **Yo entiendo** que cuando ésta información es revelada, puede ser relevada de nuevo y no sujeto a las protecciones de privacidad concedidas por las leyes federales privadas.

Firmado: _____
 (Paciente / Padre de un menor) (Fecha)

_____ o (Representante Personal – Adjunta una copia del documento permitiendo autoridad) (fecha)

Fecha Revelada _____ Por Quién _____

Date Disclosed _____ By Whom _____