



**AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE  
OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)  
Health Information Management**

2170 South Ave., South Lake Tahoe, CA 96150  
Phone (530) 543-5900/Fax(530) 544-1458  
medicalrecords@bartonhealth.org

Patient Information	NAME: _____ DATE OF BIRTH: _____ ADDRESS: _____ CITY: _____ STATE: _____ ZIP: _____ PHONE: _____ FAX: _____ EMAIL: _____ MEDICAL RECORD #: _____
Clinic/Hospital/ Health Provider (Who is providing the protected health information (PHI))?	NAME: _____ ADDRESS: _____ CITY: _____ STATE: _____ ZIP: _____ PHONE: _____ FAX: _____ EMAIL: _____
Receiving Person/ Organization (Who is receiving the PHI?)	NAME: _____ ADDRESS: _____ CITY: _____ STATE: _____ ZIP: _____ PHONE: _____ FAX: _____ EMAIL: _____
Dates of Service For Request	From Date: _____ To Date: _____ (month/day/year) (month/day/year)
Information (PHI) To Be Released (Check box for information you are authorizing for release)	<p><b><u>Routine Record Sets:</u></b></p> <input type="checkbox"/> Hospital-PERT PACK (includes history & physical, discharge report, consults, operative report, emergency report, lab/radiology test results) <input type="checkbox"/> Labs (Only) <input type="checkbox"/> Radiology Reports/Images-CD (Only) <input type="checkbox"/> Physical/Occupational Therapy <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Clinic (office visit, lab, radiology, immunizations) <p><b><u>Billing Statements:</u></b></p> <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Clinic
Special Authorization Required For Release Of:	<input type="checkbox"/> Alcohol/substance use disorder treatment information <input type="checkbox"/> Genetic Testing information <input type="checkbox"/> HIV test results <input type="checkbox"/> Mental Health treatment information* *Separate authorization is required to authorize the disclosure or use of psychotherapy notes, as defined in the federal regulations implementing HIPAA.
Release Delivery Method	<input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Pick-Up <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> My Chart Portal <input type="checkbox"/> Secure Email -Please initial here _____, to indicate you understand the security risk involved that once the information leaves Barton's secure mode of transmission, the communication may be read/intercepted by a third party.
Purpose For This Release (How is the PHI to be used?)	<input type="checkbox"/> Patient/Pt. Representative <input type="checkbox"/> Treatment/Continued Care <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Other/Description: _____ (This information will not be used for any purpose other than its intended use.)



**AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE  
OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)  
Health Information Management**

2170 South Ave., South Lake Tahoe, CA 96150  
Phone (530) 543-5900/Fax(530) 544-1458  
medicalrecords@bartonhealth.org

<p>Patient Rights By signing this authorization, I understand:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I authorize the use or disclosure of my Protected Health Information as described for the purpose(s) listed. I have a right to receive a copy of this authorization.</li> <li>• I may refuse to sign this authorization, and refusal to sign will not affect my treatment, payment, or my eligibility for benefits.</li> <li>• I have the right to revoke this authorization, in writing. Revocation will not affect uses/disclosures that have already occurred.</li> <li>• I understand that my alcohol and/or drug treatment records are protected under the federal regulations governing Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records, 42 C.F.R. Part 2, and cannot be disclosed without my written consent unless otherwise provided for in the regulations.</li> <li>• Information disclosed pursuant to this authorization could be re-disclosed by the recipient. Such re-disclosure is in some cases not prohibited by California law and may no longer be protected by federal confidentiality law (HIPAA). However, California law prohibits the person receiving my health information from making further disclosure of it unless another authorization for such disclosures is obtained from me or unless such disclosure is specifically required or permitted by law.</li> </ul>
<p>Patient Signature</p>	<p>Signature: _____ Date: _____ Time: _____ Your signature authorizes the release of information to the same person(s) as designated, for treatment provided after the date of this signature, as long as such treatment occurs before the expiration date below.</p>
<p>Personal Representative Information</p>	<p>Name: _____ Representative Signature: _____ Date: _____ Time: _____ Relationship To Patient: _____ Phone#: _____ Address: _____ City/State: _____</p>
<p>What Legal Authority Do You Have to Request PHI</p>	<p><input type="checkbox"/> Parent of Minor <input type="checkbox"/> Executor of Will <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Administrator of Estate <input type="checkbox"/> Conservator <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> Power of Attorney</p>
<p><b>OFFICE USE</b> Auth Expiration</p>	<p>Unless otherwise revoked, this authorization expires 12 months from the date of signing of this form. Expires: _____</p>
<p><b>Release of Information Staff - ID Verification</b></p>	<p>IDENTIFICATION TYPE: <input type="checkbox"/> Driver's License/State ID <input type="checkbox"/> Employee ID <input type="checkbox"/> Social Security Card <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> ID ON FILE REVIEWED ID Verified By: _____ (BMH staff name)</p>

**Please Note: State Regulations Allow 15 Days From Receipt Date of Request to Provide Copies of Records.**



**AUTORIZACIÓN PARA USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL**

2170 South Ave., South Lake Tahoe, CA 96150  
Teléfono (530) 543-5900/Fax (530) 544-1458  
medicalrecords@bartonhealth.org

**Gestión de información médica**

Datos generales de paciente	NOMBRE: _____ FECHA NAC.: _____ DOMICILIO: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CP: _____ TELÉFONO: _____ FAX: _____ E-MAIL: _____ NÚM. EXPEDIENTE MÉDICO: _____
Clínica, hospital, prestador de servicios médicos (¿Quién proporciona la información médica confidencial?)	NOMBRE: _____ DOMICILIO: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CP: _____ TELÉFONO: _____ FAX: _____ E-MAIL: _____
Persona u organización que recibe información (¿Quién recibe la información médica confidencial?)	NOMBRE: _____ DOMICILIO: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CP: _____ TELÉFONO: _____ FAX: _____ E-MAIL: _____
Fechas de notificación de solicitud	Desde: _____ Hasta: _____ (mes/día/año) (mes/día/año)
Información médica confidencial que se entregará (Marque el cuadro correspondiente a la información cuya divulgación está autorizando)	<b><u>Registros de rutina:</u></b> <input type="checkbox"/> Hospital (PAQUETE PERT= historia clínica y física, informe de alta, consultas, informe operativo, informe de urgencias, laboratorio, radiología) <input type="checkbox"/> Laboratorio (solamente) <input type="checkbox"/> Informes radiológicos, imágenes-CD (solamente) <input type="checkbox"/> Terapia física u ocupacional <input type="checkbox"/> Clínica (visitas al consultorio, laboratorio, radiología, vacunas) <b><u>Estados de cuenta:</u></b> <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Clínica
Lo siguiente requiere autorización especial:	<input type="checkbox"/> Información de uso de alcohol o sustancias <input type="checkbox"/> Información de pruebas genéticas <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de VIH o SIDA <input type="checkbox"/> Información sobre el tratamiento por temas de salud mental* *Para poder autorizar la divulgación o el uso de notas sobre sesiones de psicoterapia, es necesario contar con una autorización separada, conforme a las leyes federales de implementación de HIPAA.
Método de entrega de información	<input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Recoger <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Portal de pacientes MyChart <input type="checkbox"/> E-mail protegido (Favor de colocar sus iniciales aquí ____ para indicar que entiende que hay cierto riesgo de seguridad después de que la información sale del método seguro de transmisión de Barton, y que es posible que una tercera parte llegue a interceptar/leer la información.)
Propósito de esta entrega (¿Cómo se utilizará la información médica?)	<input type="checkbox"/> Paciente o rep. de paciente <input type="checkbox"/> Tratamiento o cuidado prolongado <input type="checkbox"/> Tema legal <input type="checkbox"/> Otro (detallar): _____ (Esta información no se utilizará con ningún otro propósito aparte del uso al que está destinado.)



**AUTORIZACIÓN PARA USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL**

**2170 South Ave., South Lake Tahoe, CA 96150**  
**Teléfono (530) 543-5900/Fax (530) 544-1458**  
**medicalrecords@bartonhealth.org**

**Gestión de información médica**

<p>Derechos como paciente</p> <p>Con mi firma en esta autorización entiendo y reconozco que:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorizo el uso o divulgación de mi Información Médica Confidencial según lo anteriormente descrito para el(los) propósito(s) indicado(s). Tengo el derecho de obtener una copia de la presente autorización.</li> <li>• Tengo el derecho de negarme a firmar esta autorización, y dicha negación no afectará mi tratamiento, pago ni prestaciones o beneficios.</li> <li>• Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito. Dicha revocación no afectará usos/divulgaciones anteriormente hechas.</li> <li>• Entiendo y reconozco que mis expedientes sobre el tratamiento por temas de alcohol o drogas están protegidos bajo los reglamentos federales que rigen la Confidencialidad de Expedientes de Pacientes con Tratamiento por Abuso de Alcohol o Drogas, 42 C.F.R (Código de Reglamentos Federales), parte 2, y que estos datos no se pueden divulgar sin mi autorización escrita a menos que las regulaciones pertinentes indiquen otra cosa.</li> <li>• La información divulgada mediante la presente autorización podría ser divulgada de nuevo por la persona que la recibe. En algunas ocasiones, estas divulgaciones repetidas no están prohibidas bajo las leyes del estado de California y posiblemente no están protegidas bajo las leyes federales de confidencialidad (HIPAA, por sus siglas en inglés). Sin embargo, conforme a las leyes de California, la persona que reciba mi información médica tiene prohibido entregarla a otra persona o entidad a menos que cuente con mi autorización para ello o a menos que esta divulgación sea específicamente necesaria o permitida por las leyes pertinentes.</li> </ul>
<p>Firma de paciente</p>	<p>Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____</p> <p>_____ Coloque aquí sus iniciales a fin de autorizar la entrega de información para realizar tratamiento después de la fecha de firma del presente, siempre y cuando ese tratamiento ocurra antes de que venza esta autorización (12 meses).</p>
<p>Información de representante personal</p>	<p>Nombre: _____</p> <p>Firma de representante: _____ Fecha: _____ Hora: _____</p> <p>Parentesco con paciente: _____</p> <p>Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____</p> <p>Teléfono: _____ E-mail: _____</p>
<p>¿Qué facultad jurídica tiene para solicitar información médica confidencial?</p>	<p><input type="checkbox"/> Padre o madre de/de la menor      <input type="checkbox"/> Albacea de testamento</p> <p><input type="checkbox"/> Tutor(a)      <input type="checkbox"/> Administrador(a) de patrimonio sucesorio</p> <p><input type="checkbox"/> Curador(a)      <input type="checkbox"/> Otra: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Poder</p>
<p><b>OFFICE USE</b> <b>Auth expiration</b></p>	<p>Unless otherwise revoked, this authorization expires 12 months from the signing of this form. Expires: _____</p>
<p><b>Release of Information Staff – ID Verification</b></p>	<p>IDENTIFICATION TYPE:      <input type="checkbox"/> Driver’s license/State ID</p> <p><input type="checkbox"/> Employee ID    <input type="checkbox"/> Social Security Card    <input type="checkbox"/> Other _____</p> <p><input type="checkbox"/> ID ON FILE REVIEWED</p> <p>ID Verified By: _____ (BMH staff name)</p>