



Valleywise Health

2601 E. ROOSEVELT • PHOENIX, ARIZONA 85008

AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION



DT7787

VALLEYWISE HEALTH INTERNAL USE ONLY

(Check the purpose for this authorization)

- 6.0 Verbal communication throughout encounter only
Release of sensitive information during an encounter
Release to be processed by HIM
No additional action needed, scan to patients chart

Patient Identifier

Place Patient Label Here

NOTE: There may be a fee associated with your request for records; for more information, visit our website at www.valleywisehealth.org

Phone: (602) 344-5266 Fax: (602) 655-9017 E-Mail: ROI@valleywisehealth.org

1.0 Patient Information: (Please Print)

Patient's Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City State Zip Code

2.0 I Authorize Valleywise Health to Disclose Protected Health Information to:

Name of Designated Recipient or Facility: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City State Zip Code

Phone Number: \_\_\_\_\_ Fax Number: \_\_\_\_\_ E-mail Address: \_\_\_\_\_

3.0 Information to be Disclosed:

Pertinent Information: Specify Date/Year: \_\_\_\_\_

(All Physician Dictations/Notes, Lab Results, Diagnostic Imaging Results and Special Test Results; if applicable)

Entire Chart: Specify Date/Year: \_\_\_\_\_

Specific Information: Specify Date/Year: \_\_\_\_\_

- Radiology Reports Itemized Billing Statements
Radiology Images on CD/DVD Other (Specify): \_\_\_\_\_

4.0 I specifically Request Valleywise Health to EXCLUDE from Disclosure Protected Health Information Related to (Initial all that apply):

AIDS/HIV and/or Other Communicable Diseases Behavioral Health Care/Psychiatric Care/Mental Health Information
Alcohol and/or Drug Abuse Treatment Genetic/Infertility Testing Information

5.0 Release/Delivery Method

- MyChart Mail Records
CD Pick-Up Records
USB Drive E-Mail\*\*
Paper Fax to Care Provider

\*\*E-Mail is not a secure means of communication. We will encrypt e-mail communications containing your records unless you tell us you prefer Valleywise Health to use unencrypted e-mail. If you prefer, we not encrypt our communications to you, your initials permit Valleywise Health to e-mail your requested information unencrypted. However, if a file size limitation exists an alternate format to receive your records will be required. Initial Here: \_\_\_\_\_

6.0 Verbal Communication: I authorize Valleywise Health to verbally discuss my protected health information and the specific protected health information in section 4.0. to the individuals listed in 2.0. above during my treatment. Verbal communication is specifically authorized for current treatment and/or coordination of care by Valleywise Health. Initial Here: \_\_\_\_\_

7.0 Specific Description of the Purpose/Reason of the Disclosure:

- Continued Patient Care Workers' Compensation Insurance Coverage or Payment for Care
Personal Use Legal Other: (Specify) \_\_\_\_\_

8.0 Patient Rights:

- I understand that this authorization is voluntary. Treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits may not be conditioned on signing this authorization. The provider will not deny me treatment if I do not wish to sign this form. I understand that I may refuse to sign this authorization form.
I may revoke this authorization at any time, with some exceptions, if I do so in writing and submit the request to Medical Records.
The revocation will take effect when Valleywise Health receives it, except to the extent that Valleywise Health or others have already relied on it. For more details on when I can and cannot revoke this authorization, I can read the Valleywise Health' Notice of Privacy Practices.
I understand the revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization.
Unless otherwise specified or revoked in writing, this Authorization will expire on/when \_\_\_\_\_. If a specific date/event is not provided above, this authorization will expire one (1) year after the date of signature.
I understand that once the health information I have authorized to be disclosed reaches the noted recipient, that person or organization may re-disclose it, at which time it may no longer be protected under Privacy laws.
I am entitled to receive a copy of this Authorization.
I understand the matters discussed on this form. I authorize Valleywise Health, its employees, agents, officers, directors and medical staff members from any legal responsibility or liability for the disclosure of the above information to the extent indicated and authorized herein.

Patient Signature/ Legal Representative

Print Name

Relationship to Patient /Authority to Act for Patient

Date



DT7787

**VALLEYWISE HEALTH INTERNAL USE ONLY**

(Check the purpose for this authorization)

- 6.0 Verbal communication throughout encounter only
- Release of sensitive information during an encounter
- Release to be processed by HIM
- No additional action needed, scan to patients chart

Patient Identifier

**Place Patient Label Here**

**AVISO: Tal vez haya un cargo relacionado con su solicitud de información médica protegida; para obtener más información, visite nuestro sitio web, [www.valleywisehealth.org](http://www.valleywisehealth.org) Teléfono: (602) 344-5266 Fax: (602) 655-9017 Correo electrónico: [ROI@valleywisehealth.org](mailto:ROI@valleywisehealth.org)**

**1.0 Información del paciente:** (Por favor use letras de imprenta)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código postal

**2.0 Autorizo que Valleywise Health divulgue mi información médica protegida a:**

Nombre del destinatario o de la instalación designada: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**3.0 Información que se va a divulgar:**

Información pertinente: **Especifique la fecha/el año:** \_\_\_\_\_

(Todos los dictados/notas de los médicos, resultados de análisis de laboratorio, resultados de pruebas de diagnóstico por imagen y resultados de estudios especiales; si corresponden)

Historia clínica completa: **Especifique la fecha/el año:** \_\_\_\_\_

Información específica: **Especifique la fecha/el año:** \_\_\_\_\_

Informes de radiología

Resúmenes detallados de facturación

Imágenes radiológicas en CD/DVD

Otro (Especifique): \_\_\_\_\_

**4.0 Yo específicamente solicito a Valleywise Health que EXCLUYA de la divulgación mi información médica protegida sobre (con sus iniciales indique todas las que correspondan):**

\_\_\_\_\_ SIDA/VIH y/u otras enfermedades infecciosas \_\_\_\_\_ Atención de salud mental/psiquiátrica/Información de salud mental

\_\_\_\_\_ Tratamiento para el abuso de alcohol y/o drogas \_\_\_\_\_ Información de pruebas genéticas/de infertilidad

**5.0 Método de divulgación/entrega**

- MyChart  Enviar por correo postal
- CD  Recoger en persona
- Memoria USB  Enviar por correo electrónico\*\*
- Papel  Enviar por fax al proveedor médico

\*\*El correo electrónico no es un medio de comunicación seguro. A menos que nos diga que prefiere que Valleywise Health use correo electrónico sin encriptación, encriptaremos las comunicaciones por correo electrónico que contengan su información médica protegida. Si prefiere que le enviemos las comunicaciones sin encriptación, al poner sus iniciales permite que Valleywise Health envíe la información solicitada por correo electrónico sin encriptación. Sin embargo, si hay algún límite de tamaño de archivo, necesitará un formato alternativo para recibir su información. **Escriba aquí sus iniciales:** \_\_\_\_\_

**6.0 Comunicación verbal:** Autorizo que durante mi tratamiento Valleywise Health hable con los destinatarios listados en la sección 4.0 sobre mi información médica protegida como también acerca de la información médica protegida específica de la sección 2.0. Esta comunicación verbal la autorizo específicamente para mi tratamiento actual y/o para que Valleywise Health coordine mi atención médica. **Escriba aquí sus iniciales:** \_\_\_\_\_

**7.0 Descripción específica del propósito/motivo de la divulgación:**

- Continuación de la atención médica del paciente  Seguro de indemnización por lesiones laborales  Cobertura de seguro o pago de la atención médica
- Uso personal  Asuntos legales  Otro: (Especifique) \_\_\_\_\_

**8.0 Derechos de los pacientes:**

- Entiendo que esta autorización es voluntaria. La firma de esta autorización no es una condición para el tratamiento, pago o inscripción ni para reunir los requisitos para recibir beneficios. El proveedor médico no se negará a proveerme tratamiento si no deseo firmar este documento. Entiendo que puedo rehusarme a firmar este documento de autorización.
- Con algunas excepciones, podré revocar esta autorización en cualquier momento si lo hago por escrito y entrego la solicitud al Departamento de Expedientes Médicos (Medical Records).
- La revocación entrará en vigor cuando Valleywise Health la reciba, salvo en los casos en que Valleywise Health u otras personas ya hayan obrado en conformidad con lo que indicaba la autorización. Puedo leer el Aviso de prácticas de privacidad de Valleywise Health para obtener más información sobre las situaciones en las que puedo o no revocar esta autorización.
- Entiendo que la revocación no corresponderá a la información que haya sido divulgada en respuesta a esta autorización.
- A menos que se especifique algo contrario o se revoque por escrito, esta autorización se vencerá el día/cuando \_\_\_\_\_. Si anteriormente no se indicó una fecha o evento específico, esta autorización se vencerá un (1) año después de la fecha de la firma.
- Entiendo que una vez que la información médica, cuya divulgación yo haya autorizado, llegue a manos del destinatario indicado, esa persona u organización podría volverla a divulgar y quizá ya no esté protegida por las leyes de privacidad.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Entiendo el contenido de este documento. Yo libero a Valleywise Health, sus empleados, agentes, funcionarios, directores y miembros del personal médico de cualquier responsabilidad legal por la divulgación de la información antes mencionada en la medida indicada y autorizada en este documento.

Firma del paciente/representante legal

Nombre en letras de imprenta

Parentesco con el paciente/ Autoridad para actuar en su nombre

Fecha