



SOUTHWEST MEDICAL ASSOCIATES

PO Box 15645 \* Las Vegas, NV 89114-5645 \* Fax: (702) 667-4614

Authorization to Disclose Protected Health Information (PHI)

This request to OBTAIN medical records will be returned if not completed in its entirety.

Patient Name: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Medical Record Number: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

1 I HEREBY AUTHORIZE \_\_\_\_\_

Form with fields for Address, City, State, Zip, Phone Number, and Fax Number.

TO DISCLOSE THE ABOVE NAMED INDIVIDUAL'S PROTECTED HEALTH INFORMATION AS DESCRIBED BELOW:

2 The type and amount of information to be used or disclosed is as follows

Include dates where appropriate: FROM (date) \_\_\_\_\_ THROUGH (date) \_\_\_\_\_

- Checkboxes for: Entire Record, Medication List, Immunization Record, Provider Notes, Laboratory Results, X-Ray/Dexa Reports, Cardiology Reports, and Other.

3 IF PRESENT, I GIVE PERMISSION TO RELEASE ANY SENSITIVE INFORMATION REGARDING: (Initial on Applicable Lines Below)

- Lines for initialing: Substance Abuse, Genetic Test Results, Communicable and Sexually Transmitted Disease, Psychiatric / Mental Health Information, Child & Domestic Abuse History, HIV Information, Addictive Behavior.

4 REASON FOR REQUEST: Continuing Medical Care

I understand that authorizing the disclosure of this health information is voluntary. I can refuse to sign this authorization. I need not sign this form in order to assure treatment. I understand that I may inspect or obtain a copy of the information to be used or disclosed, as provided in CFR 164.524. I understand that any disclosure of information carries with it the potential for an unauthorized redisclosure and the information may not be protected by federal confidentiality rules. If I have questions about disclosure of my health information, I can contact the Health Information Management Department and obtain a copy of the Privacy Notice.

THIS INFORMATION IS TO BE DISCLOSED TO:

Southwest Medical Associates, Inc.
P. O. Box 15645
Las Vegas, NV 89114-5645

Phone No. (702) 877-5111, Option 2
Fax No. (702) 667-4614

IF STAT, PLEASE FAX TO

Fax: \_\_\_\_\_

Signature of Patient: \_\_\_\_\_ Date of Signature \_\_\_\_\_

Signature of Parent, Guardian or Personal Representative (if necessary): \_\_\_\_\_ Date of Signature \_\_\_\_\_
(If Personal Representative, attach supporting documentation)

5 I understand that I have a right to revoke this authorization at any time. I understand that if I revoke this authorization I must do so in writing and present my written revocation to the Health Information Management Department. I understand that the revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization. Unless otherwise revoked, this authorization will expire on the following date, event, or condition: \_\_\_\_\_

IF I FAIL TO SPECIFY AN EXPIRATION DATE, EVENT OR CONDITION, THIS AUTHORIZATION WILL EXPIRE SIX MONTHS FROM THE DATE OF THIS AUTHORIZATION THIS AUTHORIZATION WILL EXPIRE SIX MONTHS FROM THE DATE OF THIS REQUEST.

PLEASE NOTE: • Requesting records on behalf of our patients for continuing medical care is done as a courtesy. We do not pay for records requested from previous providers. If payment is required, please obtain directly from the patient.
• If possible, please send requested records on CD, preferably in Adobe Acrobat format.



SOUTHWEST MEDICAL ASSOCIATES

PO Box 15645 \* Las Vegas, NV 89114-5645 \* Fax: (702) 667-4614

Autorización para divulgar información de salud protegida (PHI por sus siglas en inglés)

Esta solicitud para OBTENER expedientes médicos será devuelta si no se completa en su totalidad

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_ Número del expediente médico: \_\_\_\_\_
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

1 POR EL PRESENTE AUTORIZO \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado, Código postal \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_
Número de fax: \_\_\_\_\_

A DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA DEL INDIVIDUO MENCIONADO ARRIBA TAL COMO SE DESCRIBE A CONTINUACIÓN:

2 El tipo y cantidad de información que se usará o divulgará como sigue

Incluya fechas como corresponda: DESDE (fecha) \_\_\_\_\_ HASTA (fecha) \_\_\_\_\_

- Todo el expediente, o:
Lista de medicamentos
Lista de vacunas
Notas del proveedor
Resultados de análisis de laboratorio
Informes de radiografías / absorciometría de rayos X de energía dual
Informes de cardiología
Otros: \_\_\_\_\_

3 Si los hubiese, doy permiso para divulgar cualquier información sensible respecto a: (Ponga sus iniciales en las líneas correspondientes)

- Toxicomanía
Resultados de pruebas genéticas
Enfermedades de transmisión sexual o comunicables
Psiquiatría / Información de salud mental
Historial de abuso doméstico o abuso infantil
Información de VIH
Comportamiento adictivo

4 MOTIVO DE LA SOLICITUD: Obtención de atención médica

Entiendo que esta autorización de divulgación de información de salud es voluntaria. Me puedo negar a firmarla. No necesito firmar este formulario para asegurar tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información a usarse o divulgarse, tal como está dispuesto en CFR 164 524. Entiendo que cualquier divulgación de información lleva consigo la posibilidad de una redivulgación no autorizada y la información no puede estar protegida por las reglas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo ponerme en contacto con el Departamento de Administración de Información de Salud y obtener una copia de la notificación de privacidad.

Esta información será divulgada a:

Southwest Medical Associates, Inc.
P. O. Box 15645
Las Vegas, NV 89114-5645

No. de teléfono (702) 877-5111, Opción 2
No. de fax (702) 667-4614

SI INMEDIATA, POR FAVOR ENVIAR POR FAX A

Fax: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

Firma del padre, tutor o representante personal (si es necesario)
(Si es el representante personal, adjunte la documentación sustentatoria)
Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

5 Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar cualquier revocación escrita al Departamento de Administración de la Información de Salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización. A menos que sea revocada, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, hecho o condición: \_\_\_\_\_

SI NO ESPECIFICO UNA FECHA DE VENCIMIENTO, HECHO O CONDICIÓN, ESTA AUTORIZACIÓN VENCERÁ A LOS SEIS MESES DE LA FECHA DE ESTA SOLICITUD.

RECUERDE:
• Solicitar expedientes a nombre de nuestros pacientes para obtención de atención médica se hace como cortesía. No pagamos por expedientes solicitados de proveedores previos. Si se requiere pago, por favor obtenga directamente del paciente.
• Si es posible, envíe los expedientes solicitados en un CD, preferible en formato Adobe Acrobat.