



Children's Hospital of The King's Daughters Health System

601 Children's Lane, Norfolk, VA 23507-1910

Tel: (757) 668-7221

Fax: (757) 668-7625

Email: HIMRecordRelease@CHKD.org

Spanish Courtesy Line (Línea en español): (757) 668-9323

For Office Use Only

MRN : _____

RECEIVED DATE: _____

COMPLETED DATE: _____

USB DEVICE #: _____

Authorization To Use Or Disclose Protected Health Information

Autorización Para Usar O Divulgar Información de Salud Protegida

Please note that each section of this authorization must be completed in its entirety.

(Por favor, note que cada sección de esta autorización debe completarse totalmente.)

Failure to specify, including dates, will delay the processing of this request.

(Si la información no se especifica, incluyendo fechas, esto va a demorar el procesamiento de esta petición.)

PATIENT NAME (LAST NAME, FIRST NAME, MIDDLE NAME): _____

(NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE))

DATE OF BIRTH: _____ OTHER POSSIBLE NAMES (E.G. MAIDEN, PREFERRED): _____

(FECHA DE NACIMIENTO)

(OTROS NOMBRES POSIBLES (EJ. DE SOLTERA, PREFERIDO))

I AUTHORIZE: (YO AUTORIZO A) Children's Hospital of The King's Daughters Health System, Inc. (CHKDHS) 601 Children's Lane, Norfolk, VA 23507-1910

TO DISCLOSE: (description of the health information on the patient identified above that is to be disclosed)

(A DIVULGAR: (descripción de la información de salud del paciente identificado(a) anteriormente que debe divulgarse))

DESCRIPTION: (DESCRIPCIÓN)	DATE: (FECHA)	DESCRIPTION: (DESCRIPCIÓN)	DATE: (FECHA)
<input type="checkbox"/> Emergency Department Record (Registro de la Sala de Emergencias)	_____	<input type="checkbox"/> Lab Results (Resultados de Pruebas de laboratorio)	_____
<input type="checkbox"/> Urgent Care Record (Registro del Centro de Urgencias)	_____	<input type="checkbox"/> Immunizations (Inmunizaciones/Vacunas)	_____
<input type="checkbox"/> X-Ray Reports (does not include images) (Reportes de Rayos X (no incluye imágenes))	_____	<input type="checkbox"/> Discharge Instructions (Instrucciones al Dar de Alta)	_____
<input type="checkbox"/> Radiology Images (Imágenes de Radiología)	_____	<input type="checkbox"/> Mental Health Record (Expediente de Salud Mental)	_____
<input type="checkbox"/> Summarized Inpatient Record (Resumen del Expediente de una Hospitalización)			
(Including but not limited to: History and physical, Consults, Operative Reports, Discharge Summary, and Lab Results)			
<i>(Incluyendo pero no limitado a: Historial y Físico, Consultas, Reportes Operativos, Resumen al Dar de Alta y Resultados de Pruebas de Laboratorio)</i>			
<input type="checkbox"/> Outpatient Clinic Record (please specify clinic/department) _____			
<i>(Expediente de una Clínica Ambulatoria (por favor especifique la clínica/el departamento))</i>			
<input type="checkbox"/> Entire Legal Medical Record (Registro Médico Legal Completo)			
(Including but not limited to: Consent forms, insurance ID Cards, Nurses notes, etc.)			
<i>(Incluyendo pero no limitado a: Documentos de Consentimiento, Tarjetas de Identificación del Seguro, Notas de enfermería, etc.)</i>			
<input type="checkbox"/> Other: _____			
<i>(Otro tipo)</i>			

TO: (A)

Recipient Name/Institution: _____

(Nombre del Receptor/Institución)

Recipient Contact Number: _____

(Número de Contacto del Receptor)

Recipient Address (Street, City, State, Zip code): _____

(Dirección del Receptor (Calle, Ciudad, Estado, Código postal))

Recipient Email Address: _____

(Correo Electrónico del Receptor)

Recipient Fax Number: _____

(Número de Fax del Receptor)

REQUEST DELIVERY: (Unless otherwise specified, request will be provided via secured electronic transmission)

(PETICIÓN DE ENTREGA: (A menos que se especifique otra manera, la petición se enviará a través de transmisión electrónica asegurada))

CREATE PASSWORD: Please legibly print password CHKDHS will use to protect file and save for your records.

(CREAR CONTRASEÑA: (Favor imprima legiblemente la contraseña que CHKDHS va a utilizar para proteger su expediente, y guárdela para sus archivos))

Password must be a minimum of 8 characters: _____

(La contraseña debe tener un mínimo de 8 caracteres alfanuméricos)

Choose one: (Escoja uno)

Secured Email Access via Sharefile password required (accessible for 30 days) **USB Drive password required (via mail)**

(Acceso Asegurado por Correo Electrónico por medio de Sharefile-requiere contraseña (accesible por 30 días)) (Unidad USB-requiere contraseña (por correo))

Fax **Paper Copy**

(Fax) (Copia en Papel)

FOR THE FOLLOWING PURPOSE: *The purpose is not required if the disclosure is requested by the patient.
(CON EL PROPÓSITO SIGUIENTE: *No se tiene que especificar el propósito si el paciente está pidiendo la divulgación.)

At the request of the individual
(Según la petición del individuo)

Other (specify): _____
(Otro (especifique))

If the disclosure concerns substance use disorder information under the Federal Substance Abuse Confidentiality Requirements, a separate special form authorization for disclosure of substance use disorder information is required. I understand that any disclosure of health information carries with it the potential for an unauthorized re-disclosure and the information may not be protected by federal privacy rules. (NOTE: The recipient is prohibited from re-disclosing substance use disorder information under the Federal Substance Abuse Confidentiality Requirements without my specific written consent.) I understand that I may revoke this authorization at any time except to the extent action has been taken in response to this authorization. I also understand that the revocation will not apply to my insurance company when the law provides my insurer with the right to contest a claim under my policy. I understand that if I revoke this authorization I must do so in writing and present my written revocation to Health Information Management, Children's Hospital of The King's Daughters, 601 Children's Lane, Norfolk, VA 23507-1910. (The written revocation must be legible and include the name and date of birth of the patient, the date the revocation is to go into effect, a description of the health information covered by the revocation, the person/entity no longer authorized to receive the information, the signature of the person with legal authority for authorization/revocation, and if not the patient, a description of their legal authority for authorization/revocation, and their phone number.)

(Si la divulgación está relacionada con información sobre el trastorno por uso de sustancias, bajo los Requisitos de Confidencialidad Federales por Abuso de Sustancias, se requiere un formulario especial separado dando autorización para la divulgación de información sobre el trastorno por uso de sustancias. Yo entiendo que cualquier divulgación de información de salud conlleva el potencial de una nueva divulgación no autorizada y que la información puede que no esté protegida por las leyes federales de privacidad. (NOTA: Al receptor se le prohíbe divulgar información de nuevo sobre el trastorno por uso de sustancias bajo los Requisitos de Confidencialidad Federales por Abuso de Sustancias sin mi consentimiento específico por escrito.) Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento excepto en la medida en que CHKDHS ya haya tomado acción en dependencia de ello. También entiendo que la revocación no aplicará a mi compañía de seguro cuando la ley le provee a mi asegurador el derecho de cuestionar un reclamo bajo mi póliza. Yo entiendo que, si yo revoco esta autorización, tengo que hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita a Health Information Management, Children's Hospital of The King's Daughters, 601 Children's Lane, Norfolk, VA 23507-1910. (La revocación por escrito debe ser legible e incluir el nombre y la fecha de nacimiento del paciente, la fecha cuando la revocación entra en vigencia, una descripción de la información de salud cubierta bajo la revocación, la persona/entidad ya no autorizada a recibir la información, la firma de la persona con la autoridad legal para dar autorización/revocación, y si no es el paciente, una descripción de la potestad legal para dar autorización/revocación y el número de teléfono de esa persona.)

Unless otherwise revoked, this authorization will expire on the following date, event, or condition: _____.

(A menos que se haya revocado de otra manera, esta autorización tendrá vencimiento en la fecha, evento o condición siguiente)

If I fail to specify an expiration date, event, or condition, this authorization will expire in one (1) year.

(Si yo no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización tendrá vencimiento dentro de un (1) año.)

Required if request is for the purpose of Marketing: (Requerido si la petición es para propósitos de Mercadeo)

1. I understand that CHKDHS will will NOT receive payment as a result of using/disclosing this information.
(Yo entiendo que CHKDHS (va a) (NO va a) recibir pago como resultado de utilizar/divulgar esta información.)

Required if patient/legal guardian is NOT requesting or CHKDHS IS requesting the disclosure: (check only when applicable)
(Requerido si el paciente/guardián legal **NO** está pidiendo o si CHKDHS **SÍ** está pidiendo la divulgación. (marque solo cuando corresponda))

1. I understand that I may refuse to sign this authorization and that, in this instance,
(Yo entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que, en este caso,)

my refusal to sign will not affect my ability to obtain treatment, payment, or my eligibility for benefits.
(el negarme a firmar no afectará mi habilidad de obtener tratamiento, pago, o mi elegibilidad para beneficios.)

the law allows conditioning of treatment, payment, or my eligibility for benefits on this authorization, and the consequence of my refusal to authorize this disclosure is _____
(la ley permite la limitación del tratamiento, pago, o mi elegibilidad para recibir beneficios en esta autorización, y la consecuencia de Negarme a autorizar esta divulgación es _____)

2. CHKDHS IS REQUIRED TO GIVE PATIENT/LEGAL GUARDIAN A COPY OF THIS AUTHORIZATION.
(CHKDHS TIENE QUE DARLE AL PADRE/TUTOR LEGAL UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN.)

I certify that I am the patient, the patient's parent or legal guardian with the authority to authorize disclosure of this patient's protected health information. I understand it can take up to thirty days to process this request and there may be a cost associated.

(Yo certifico que soy el paciente, uno de los padres o tutor legal del paciente con la potestad de autorizar la divulgación de la información de salud protegida del paciente. Entiendo que procesar esta petición puede que demore hasta 30 días y que puede existir un costo asociado.)

SIGNATURE OF PATIENT/LEGAL GUARDIAN _____
(FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR LEGAL)

DATE _____
(FECHA)

PRINT NAME OF PATIENT/LEGAL GUARDIAN _____
(NOMBRE IMPRESO DEL PACIENTE/TUTOR LEGAL)

RELATIONSHIP TO PATIENT/LEGAL AUTHORITY _____
(RELACIÓN CON EL PACIENTE/AUTORIDAD LEGAL)