CommonSpirit
St. Luke's Hospital

Baylor College of Medicine

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF/ACCESS TO PROTECTED HEALTH INFORMATION

- ❑ CommonSpirit – Baylor St. Luke's Medical Center – Bertner Campus – Houston
- ❑ CommonSpirit – Baylor St. Luke's Medical Center – McNair Campus – Houston
- ❑ CommonSpirit – St. Luke's Hospital – Lakeside – The Woodlands
- ❑ CommonSpirit – St. Luke's Hospital – Sugar Land
- ❑ CommonSpirit – St. Luke's Hospital – Spring
- ❑ CommonSpirit – St. Luke's Hospital – Vintage
- ❑ CommonSpirit – St. Luke's Hospital – The Woodlands
- ❑ Other _____

I, _____, **[Print Name of Individual (i.e., patient, resident or client)]** hereby authorize above checked Facility(s) to use and disclose the protected health information as described below for the following patient:

Patient Name		**Date of Birth**
Street Address		**Phone**
City	**State**	**Zip Code**

I authorize the following person(s) or organization to receive the information:

Name		
Street Address		
City	**State**	**Zip Code**
Phone	**Fax**	**Email**

The following individually identifiable health information may be used and/or disclosed:

(Below are the most frequently requested documents. This does not constitute your entire medical record, which you have the right to request.*)

Check (✓) all that apply:

❑ Abstract (Includes[1])	❑ Emergency Room Records	❑ Lab Reports
❑ Discharge Summary/Final Diagnosis[1]	❑ Immunization (shot) Record	❑ Physical Therapy Notes
❑ History and Physical Records[1]	❑ Radiology (for example: X-Ray) Reports	❑ Physician Notes
❑ Consultation Reports[1]	❑ Other Diagnostic Reports	❑ Medication List
❑ Operations and Procedures[1]	❑ Diagnostic Images (Prepped by Radiology Dept)	❑ Itemized Bill
❑ Results of Diagnostic Testing[1]	❑Other _____	

Dates of Treatment to be released:	**From:**	**To:**
Reason or purpose for the use and/or disclosure of the information:		

I request the form of release of information be:

❑ Electronic (Portal) ❑ Paper(U.S. Mail or pick up) ❑ Electronic (Secure Email)

❑ Other (USB, etc. **)_____ ***Device must be provided by the facility*

CommonSpirit
St. Luke's Hospital

Baylor College of Medicine

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF/ACCESS TO PROTECTED HEALTH INFORMATION

I authorize the release of any information contained in the above records concerning treatment of drug or alcohol abuse, drug-related conditions, alcoholism, psychiatric/psychological condition, psychiatric/mental health treatment and/or HIV-related conditions.

Prohibition on Conditioning of Authorization: The healthcare provider will not condition treatment on your signing this authorization, unless:

- You are receiving research-related treatment; or
- The only reason the facility is providing you with health care is to make a report to a third party, such as your employer (e.g., fitness to return to work) or school (e.g., P.E. physical).

Re-Disclosure: I understand that the information used and/or disclosed according to this authorization may no longer be protected by federal privacy law (also known as HIPAA) and the recipient of my health information may potentially re-disclose it. However, under the Federal Substance Abuse Confidentiality Requirements, 42CFR Part 2, the recipient may be prohibited from disclosing identifiable substance abuse information.

Expiration: This authorization will expire 1 year from the date signed unless the facility receives a Revocation as outlined below.

Revocation: I understand that I may revoke this authorization at any time by notifying the facility in writing by sending a letter to the CHI Entity specified on this release or completing the Revocation of Authorization form. I understand that if I revoke this authorization, it will not affect any actions that were taken before the revocation letter was received. I understand that the facility cannot rescind disclosures it has already made and may use my health information as necessary to bill and collect for services rendered.

This Authorization is Binding: The statements made in this authorization are binding, controlling and I understand that they take precedence over statements made in the Facility's Notice of Privacy Practices.

I understand a fee may be charged for copies of my medical record.

If this authorization is for marketing by the covered entity, indicate if the covered entity will receive compensation for the use and disclosure of PHI. ❑ *Yes* ❑ *No*

SIGNATURE OF INDIVIDUAL OR PERSONAL REPRESENTATIVE	**DATE (Required)**
Printed name of individual's personal representative, if applicable:	
Rationale for serving as personal representative to the individual (e.g., parent, legal guardian):	
(Please include supporting documentation such as Power of Attorney documents, or other documents establishing status as personal representative, when applicable.)	

CommonSpirit
St. Luke's Hospital

Baylor College of Medicine

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN/ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

- ❑ CommonSpirit – Baylor St. Luke's Medical Center – Bertner Campus – Houston
- ❑ CommonSpirit – Baylor St. Luke's Medical Center – McNair Campus – Houston
- ❑ CommonSpirit – St. Luke's Hospital – Lakeside – The Woodlands
- ❑ CommonSpirit – St. Luke's Hospital – Sugar Land
- ❑ CommonSpirit – St. Luke's Hospital – Spring
- ❑ CommonSpirit – St. Luke's Hospital – Vintage
- ❑ CommonSpirit – St. Luke's Hospital – The Woodlands
- ❑ Other _____

Yo, _____, **[Escribir en letra de imprenta el nombre de la persona (es decir, paciente, residente o cliente)**] por la presente autorizo a que los centros marcados arriba usen y divulguen la información de salud protegida como se describe a continuación, para el siguiente paciente:

Nombre del paciente		Fecha de nacimiento
Domicilio		Teléfono
Ciudad	Estado	Código postal

Autorizo a que la(s) siguiente(s) persona(s) u organización(es) reciba(n) la información:

Nombre		
Domicilio		
Ciudad	Estado	Código postal
Nombre	Fax	Correo electrónico

La siguiente información de salud identificable individualmente puede ser usada o divulgada:
(A continuación, los documentos que se solicitan con más frecuencia. Esto no conforma su registro médico completo, el cual usted tiene derecho de solicitar.*)

Marque (✓) todas las opciones que correspondan:

- ❑ Resumen (incluye[1])
- ❑ Resumen del alta/diagnóstico final[1]
- ❑ Antecedentes e informes físicos[1]
- ❑ Informes de consultas[1]
- ❑ Operaciones y procedimientos[1]
- ❑ Resultados de pruebas de diagnóstico[1]
- ❑ Expedientes de la sala de emergencias
- ❑ Expediente de inmunización (vacunas)
- ❑ Informes de radiología (por ejemplo, rayos-X)
- ❑ Otros informes de diagnóstico
- ❑ Imágenes de diagnóstico (Preparadas por el Departamento de Radiología)
- ❑ Informes de laboratorio
- ❑ Notas de fisioterapia
- ❑ Notas del médico
- ❑ Lista de medicamentos
- ❑ Factura detallada
- ❑ Otras: _____

Fechas de tratamiento que se publicarán:	De:	Hasta:
Razón o propósito del uso o divulgación de la información:		

Solicito que la forma de divulgación de la información sea:

❑ Electrónica (portal) ❑ Papel (correo postal de EE. UU. o pasar a buscar) ❑ Electrónica (correo electrónico seguro)
❑ Otra (USB, etc. **) _____ ***El centro debe proporcionar el dispositivo*

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN/ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Yo autorizo la divulgación de cualquier información que contengan los registros anteriores, relacionados con el tratamiento para el abuso de alcohol o drogas, problemas relacionados con las drogas, el alcoholismo, enfermedad psiquiátrica/psicológica, tratamiento de salud psiquiátrica/mental o enfermedades relacionadas con el VIH.

Prohibición de condicionamiento para la autorización: Su proveedor de atención médica no condicionará el tratamiento a que usted firme esta autorización, a menos que:

- Usted esté recibiendo tratamiento relacionado con la investigación, o
- La única razón por la que el centro le proporcione atención médica sea para hacer un informe a un tercero, tal como su empleador (por ejemplo, su aptitud física para regresar al trabajo) o a la escuela (por ejemplo, para educación física).

Redivulgación: Entiendo que la información usada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede ya no estar protegida por la ley de privacidad federal (también conocida por HIPAA) y el destinatario de mi información de salud podría divulgarla de nuevo. No obstante, conforme a los Requisitos federales de confidencialidad de abuso de sustancias, 42CFR parte 2, se puede prohibir al destinatario que revele información identificable relacionada con el abuso de sustancias.

Vencimiento: Esta autorización vencerá 1 año después de la fecha de su firma a menos que el centro reciba una revocación como se describe más abajo.

Revocación: Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, mediante notificación escrita, si envío una carta a la entidad CHI que se especifica en este comunicado o si lleno el formulario de Revocación de Autorización. Entiendo que si revoco esta autorización, no afectará las acciones que se llevaron a cabo antes de recibir la carta de revocación. Entiendo que el centro no puede rescindir las divulgaciones que ya haya realizado, y que puede usar mi información de salud en la medida en que sea necesario para facturar y cobrar por los servicios prestados.

Esta autorización es vinculante: Las declaraciones formuladas en esta autorización son vinculantes y controladoras, y entiendo que tienen prioridad sobre las declaraciones que se formulan en el Aviso de Prácticas de Privacidad del centro.

Acepto el cobro de un honorario en concepto de copias de mi expediente médico.

Si esta autorización tiene fines de mercadotecnia por parte de la entidad cubierta, indique si la entidad cubierta recibirá una compensación por el uso y divulgación de las PHI. ❑ *Sí* ❑ *No*

FIRMA DE LA PERSONA O DEL REPRESENTANTE PERSONAL	FECHA (obligatoria)
Nombre, en letra de imprenta, del representante personal del sujeto, si corresponde:	
Razón para servir como representante personal del sujeto (p. ej., padre, tutor legal):	
(Por favor, incluya documentación de respaldo, como documentos de poder notarial u otros, que permitan establecer el estado del representante personal, cuando corresponda).	