

Huron Regional Medical Center
172 4th St. SE
Huron, SD 57350
Fax 605-353-6590

Authorization for Disclosure of Health Information

1. **I hereby authorize** [name of provider/hospital]_____ to disclose information from the health records of:

Patient's legal name_____ Date of birth _____

covering the period(s)

From (date) _____ to (date) _____

From (date) _____ to (date) _____

2. **Information to be disclosed:**

- laboratory/pathology test results discharge summary operative report
- history & physical examination progress notes consultation reports
- imaging film (type) _____ imaging reports photographs
- billing records _____
- other (please specify) _____

State and federal law restricts release of information regarding patient cases associated with HIV, abuse, alcohol or drug abuse and psychiatric cases. I authorize information relating to the following:

- yes no acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), human immunodeficiency virus (HIV)
- yes no behavioral health service/psychiatric care
- yes no treatment for abuse, alcohol and/or drug abuse

3. **This information is to be disclosed to** (name and address)_____

for the purpose of (optional when requesting for self) _____

4. **I understand** this authorization may be revoked in writing at any time, except to the extent that action has been taken in response to this authorization. **Unless otherwise revoked, this authorization will expire in 90 days from the date signed.**

5. **I understand** that once this information is disclosed, it may be redisclosed and no longer subject to the privacy protections afforded by federal privacy laws.

Signed: _____
(patient/parent of a minor) (date)

or (personal representative-attach copy of document granting authority)(date)

Date Disclosed _____ By Whom _____

Route to Health Information Management Dept.

Centro Regional Médico de Huron
 172 4th. St. SE
 Huron, SD 57350
 Fax 605-353-6590

Autorización para la Revelación de Información de Salud

2. Yo, por la presente, autorizo [nombre del proveedor/hospital] _____
 revelar información de los expedientes de salud de:

El nombre legal del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Cubriendo los períodos

De (fecha) _____ A (fecha) _____

De (fecha) _____ A (fecha) _____

2. **La información que será revelada:**

- Resultados de prueba del laboratorio/patología Resumen de darle de alta
- Informe operativo Historia y examinación física
- Notas de progreso Informes consultorios
- Imágenes filmadas (el tipo) _____ Informes de imágenes
- Fotografías
- Registros de facturación _____
- Otro (por favor especifique) _____

Ley estatal y federal restringe la revelación de información con respecto a los casos de pacientes asociados con HIV, el abuso, abuso de alcohol o drogas y los casos psiquiátricos. Yo autorizo la información relacionada con lo siguiente:

- Sí No síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), virus de inmunodeficiencia humana (HIV)
- Sí No servicio medical para la conducta / cuidado psiquiátrico
- Sí No tratamiento para el abuso, alcohol y/o abuso de drogas

6. **Ésta información será revelada a** (nombre y dirección) _____

para el propósito de (opcional cuando se pida para usted mismo) _____

7. **Yo entiendo** que ésta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, excepto hasta tal punto que las medidas han sido tomadas en respuesta a ésta autorización. **A menos que este revocada por otra razón, esta autorización expirará en 90 días de la fecha firmada.**

8. **Yo entiendo** que cuando ésta información es revelada, puede ser relevada de nuevo y no sujeto a las protecciones de privacidad concedidas por las leyes federales privadas.

Firmado: _____
 (Paciente / Padre de un menor) (Fecha)

o (Representante Personal – Adjunta una copia del documento permitiendo autoridad) (fecha)

Fecha Revelada _____ Por Quién _____

Date Disclosed _____ By Whom _____

Route to Health Information Management Dept.