

## INSTRUCTIONS FOR COMPLETING AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

- NOTE that if an authorization is needed for disclosure of a patient's medical information for purposes of fundraising or marketing, a separate form is required, contact Development and Communications at (608) 443-5544.
- Item #2a Medical Records or Dental records to obtain: Description must be specific enough so that the patient can understand what information he or she is permitting to be disclosed. Thus, if "Other" section is used, description must be reasonably detailed (select one section per authorization). Select one box below for the records needed.
- Item #2b Substance Use Disorder (SUD) Records: Select all boxes that apply.
- Item #2c Format for record delivery: Select one box (paper, DVD or Other) for the format of records to be released. If this is left blank, records will be provided in paper format.
- Item #2d Medical Images to be disclosed from: Indicate the location where Medical images are from.
- Item #2e Specific Medical X-rays or Dental X-rays to be disclosed: Indicate if X-rays are needed or specific images relating to particular studies or dates.
- Item #3 Release Information FROM: Indicate the name of the organization to which records are to be released from (Select one per authorization) or write in the facility name and full address, phone and fax number.
- Item #4 Release Information TO: Indicate the specific person(s) or class(es) of persons outside the entity who will be permitted to receive the information with full mailing address, phone and fax number.
- Item #5 Purpose or need for disclosure - may be released electronically: Indicate any and all purposes for disclosure.
- Item #6 Expiration date: Enter specific expiration date if applicable.
- Signatures: In general, a patient age 18 or older is the only person with legal authority to sign this form. For patients younger than 18, generally the patient's parent or legal guardian must sign on behalf of the patient. There are many exceptions, however, to these general rules. For example:
  - If the patient has a guardian, the form may be signed by the patient's guardian or temporary guardian. If there is no guardian, and if two physicians have determined that the patient is incompetent, the form may be signed by the healthcare agent named in the patient's power of attorney.
  - If the patient is authorizing the use of HIV test results, he or she is permitted to sign this form regardless of age. If the patient is under the age of 14, a parent or guardian may sign on his or her behalf. If the patient is age 14 or older, a parent or guardian may not sign on his or her behalf.
  - If the patient is authorizing the use or disclosure of medical records involving treatment for mental illness, developmental disabilities, alcoholism or drug dependence, the patient is permitted to sign this form if he or she is age 12 or older. If the patient is between the ages of 12 and 18, a parent or guardian may sign on his or her behalf. If the patient is under the age of 12, a parent or guardian must sign.
  - For deceased patients, this form may be signed by the patient's surviving spouse or personal representative. If there is no surviving spouse or personal representative, immediate family members may sign. For this purpose, immediate family members are limited to adult children, parents, grandparents, and adult brothers and adult sisters of the deceased patient and their spouses.
  - All individuals signing for disclosure of medical information on behalf of a patient must state their relationship to the patient and may be required to provide proof of legal authority to permit the use or disclosure of the medical information.
- For information about signatures in other situations or answers to questions about these issues, please contact your supervisor or Director of Risk Management and Safety

This page  
intentionally  
left blank

Index to Auth-PHI

**1. Información del paciente**

Nombre – Apellido, nombre de pila, segundo nombre (nombre de soltera o nombre anterior)			
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Expediente Médico (si lo conoce)	Fecha de Nacimiento	Número de Teléfono	

<p><b>2a. Documentación Médica a obtener (Seleccione <u>uno</u>) – para Imágenes Médicas/Láminas, vea más adelante bajo 2d y 2e</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sumario del Expediente (incluye consultas, notas ambulatorias, informes de patología, sumarios clínicos, radiografías (solo informes), EKG e informes de laboratorio de los últimos dos años)</p> <p><input type="checkbox"/> Registros dentales</p> <p><input type="checkbox"/> Registros referentes a (fechas o condiciones): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (describalo): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Expediente médico completo desde la fecha ___/___/___ hasta la fecha ___/___/___</p>	<p><b>2b. Registros de Trastornos por Consumo de Sustancias (TCS)– solo se divulgarán si se selecciona abajo (Por favor, seleccione todos los que sean pertinentes)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Evaluaciones de TCS</p> <p><input type="checkbox"/> Notas del tratamiento y planes de tratamiento</p> <p><input type="checkbox"/> Resultados de evaluaciones de laboratorio</p> <p><input type="checkbox"/> Sumario de alta incluyendo información de TCS</p> <p><input type="checkbox"/> Toda la información de TCS <b>desde</b> la fecha ___/___/___ a la fecha ___/___/___</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>
---	---

**2c. Formato para la entrega de registros (Seleccione uno):**  Papel  DVD (requiere lector de PDF)

Otro formato (especifíquelo): \_\_\_\_\_

**Por favor, advierta:** Si no selecciona un formato, los registros se proporcionarán en formato de papel.

**2d. IMÁGENES MÉDICAS a ser divulgadas por (Seleccione uno):**  ACHC

**2e. IMÁGENES MÉDICAS específicas a ser divulgadas:**

Radiografías Médicas  Radiografías Dentales  Radiografías relativas a: \_\_\_\_\_

**3. Divulgación de Información DE: (Seleccione uno)**

Todos los centros de Access Community Health o especifíquelo abajo:

Otra Organización para la Salud (complételo abajo)

Nombre – (p. ej., Institución Médica, Doctor...)		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono	Fax	

**4. Divulgación de Información A: **\*\*Requiere la dirección completa\*\*****

Nombre – (p. ej., Compañía de Seguro, Abogado, Doctor, Paciente)		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono	Fax	

**5. Propósito o necesidad de la divulgación – puede divulgarse electrónicamente. (Seleccione todas las categorías pertinentes)**

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Atención médica adicional     | <input type="checkbox"/> Pago de una reclamación del seguro | <input type="checkbox"/> Investigación legal | <input type="checkbox"/> Compensación al trabajador |
| <input type="checkbox"/> Solicitud para obtener seguro | <input type="checkbox"/> Rehabilitación vocacional          | <input type="checkbox"/> Uso del paciente    | <input type="checkbox"/> Investigación              |
| <input type="checkbox"/> Determinación de discapacidad | <input type="checkbox"/> Otro: _____                        |  |   |

**6. FECHA DE VENCIMIENTO:** Esta autorización permanecerá vigente hasta que se haya(n) completado la(s) divulgación(es) a menos que usted especifique que esta autorización estará en vigor durante un período de tiempo adicional. (ADVIERTA que si usted especifica un período de tiempo adicional, esta autorización será pertinente a su información médica generada durante el período de tiempo adicional.)  Otra fecha de vencimiento específica: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**\*\*POR FAVOR, VEA LA PÁGINA SIGUIENTE PARA RECIBIR INFORMACIÓN\*\***

**De acuerdo a las condiciones indicadas arriba y en la página siguiente de este formulario, yo autorizo el uso y/o la divulgación de mi información médica. Entiendo que puede haber un costo asociado con las copias.** Esta autorización incluye la divulgación de información referente a trastornos por consumo de sustancias, consultas psiquiátricas y de enfermedad mental, discapacidades del desarrollo, pruebas genéticas, SIDA o enfermedades relacionadas con el SIDA, infecciones de transmisión sexual, y/o resultados de la prueba del VIH, a menos que yo limite la divulgación para excluir lo siguiente: \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente/Representante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Si lo firma una persona distinta al paciente, escriba el nombre en letra de molde y establezca la relación y la autoridad para hacerlo. (Vea la próxima página para recibir más información)

Nombre en Letra de Molde: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

- |                  |   |  |   |
|------------------|---|--|---|
| El Paciente es   | <input type="checkbox"/> Menor de Edad              | <input type="checkbox"/> Incompetente/Incapacitado | <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja Doméstica del Fallecido |
| Autoridad Legal: | <input type="checkbox"/> Tutor Legal                | <input type="checkbox"/> Padre/Madre de un Menor   | <input type="checkbox"/> Familiar más cercano                   |
|                  | <input type="checkbox"/> Agente de Cuidados Médicos | <input type="checkbox"/> Otro: _____               |   |
|                  | <input type="checkbox"/> Representante Personal     |  |   |

ACHC Release Documentation

## INFORMACIÓN ADICIONAL RESPECTO A LA DIVUGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Los proveedores médicos de Access Community Health Centers respetan el derecho de un paciente a la confidencialidad de su información médica protegida según lo establecido por la ley federal y estatal. Por favor, lea las siguientes pautas antes de firmar esta autorización.

**Divulgación de Información:** La información divulgada puede ser obtenida del expediente médico de Access Community Health Centers. Puede ser obtenida de múltiples formatos en papel o electrónicos (cuando proceda). Puede incluir elementos de datos procedentes de fuentes externas incluidos en gráficas y documentos. Las copias divulgadas a través del Departamento para la Gestión de Información Médica (*Health Information Management*) incluyen únicamente documentación médica.

**Envío de Autorizaciones a Access Community Health Centers:** Las autorizaciones para Access Community Health Centers pueden ser enviadas por correo a Access Community Health Centers, Attn: Release of Information/UW Health, **8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717** o llevadas a cualquier clínica de Access.

**Normas Federales de Privacidad de HIPAA:** Estas normas federales indican cuándo puede ser utilizada o divulgada su información médica protegida sin su autorización. Por favor, vea nuestro Aviso Sobre las Normas de Privacidad (*Notice of Privacy Practices*) para recibir información adicional. Puede encontrar una copia del Aviso Sobre las Normas de Privacidad en la página web <https://accesscommunityhealthcenters.org/>.

**Normas Federales de Privacidad para el Programa de Tratamiento para Trastornos por Consumo de Sustancias (*Federal Substance Use Disorder Treatment Program Privacy - 42 CFR Part 2*):** Las normas federales para la confidencialidad (*42 CFR Part 2*) pertinentes al tratamiento para trastornos por consumo de sustancias y/o los registros de derivación mantenidos por un programa de *Part 2* prohíben cualquier divulgación adicional de tales registros sin el consentimiento específico por escrito del individuo cuya información está siendo divulgada o conforme lo permita la *42 CFR Part 2*. Sin embargo, cualquier divulgación de la información conlleva la posibilidad de nuevas divulgaciones no autorizadas y que la información pueda no estar protegida bajo los estándares federales de privacidad.

**Derecho a la Privacidad en Wisconsin:** La ley de Wisconsin protege la confidencialidad de la documentación médica del paciente e indica cuándo puede divulgarse sin su autorización.

**Designación General para la Divulgación de Información del Tratamiento para Trastornos por Consumo de Sustancias:** Entiendo que he hecho una designación general para divulgar el tratamiento para trastornos por consumo de sustancias y/o la información de derivación a individuos o entidades con los que tengo una relación de tratamiento. Puedo solicitar una lista de los individuos o las entidades a las que se ha divulgado la información referente a mi trastorno por consumo de sustancias contactando a: Director of Risk Management and Safety (Director de Gestión de Riesgos y Seguridad), 2901 West Beltline Hwy, (608) 443-5545.

**No Está Obligado a Firmar:** Usted no está obligado a firmar este formulario, y puede negarse a hacerlo. Excepto en lo permitido bajo las leyes pertinentes, los proveedores médicos de Access Community Health Centers no pueden negarse a proporcionarle tratamiento u otros servicios de salud si usted se niega a firmar este formulario.

**Revocación:** Usted tiene derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento antes de que se venza. Sin embargo, su revocación escrita no afectará a ninguna divulgación de su información médica que la(s) persona(s) y/u organización(es) indicada(s) en la página anterior de este formulario ya haya(n) realizado, en función a esta autorización, antes de que usted la revoque. Además, si esta autorización fue obtenida con el propósito de recibir cobertura del seguro, es posible que su revocación no sea efectiva en ciertas circunstancias donde el asegurador esté rebatiendo una reclamación. Para la documentación de Access Community Health Centers, debe realizar su revocación por escrito y enviarla a: Access Community Health Centers, Director of Risk Management and Safety (Director de Gestión de Riesgos y Seguridad), 2901 West Beltline Hwy, (608) 443-5545.

**Nueva Divulgación:** Si la(s) persona(s) y/u organización(es) autorizada(s) por este formulario a recibir su información médica protegida no son proveedores médicos u otra persona que esté sujeta a las leyes federales de privacidad médica, la información médica protegida que reciban puede perder su protección bajo las leyes federales de privacidad médica, y es posible que se permita que esas personas vuelvan a divulgar su información médica protegida sin su permiso previo.

**Derecho a la Inspección:** Usted tiene derecho a inspeccionar o copiar la información médica cuya divulgación está autorizando, con ciertas excepciones estipuladas bajo las leyes estatales y federales. Si desea inspeccionar sus registros, contacte al Departamento de Cuentas de Pacientes (*Patient Accounting*), para los registros de cuentas, o al Departamento para la Gestión de Información Médica (*Health Information Management Department*), para los registros médicos, en 8501 Excelsior Drive Madison, WI 53717 o llame al (608) 263-6030, Opción 3.

**Tarifas:** No se cobrará una tarifa cuando la documentación sea solicitada por/divulgada a otras organizaciones para la salud. Se cobrará una tarifa si se solicita con otros fines.

**Múltiples Formatos para la Divulgación de Documentación Médica (Papel versus DVD):** Usted puede solicitar que le proporcionen la documentación en formatos distintos, sin embargo solo se entregará un formato por cada autorización. Le pedirán que presente una solicitud por separado para cada formato si desea recibir varios.

**Firmas:** Por lo general, si usted tiene 18 años de edad o más, usted es la única persona a la que se le permite firmar un formulario para autorizar la divulgación de su información médica. Si es menor de 18 años, su padre/madre o tutor legal debe firmar este formulario por usted. Sin embargo, existen muchas situaciones en las que esta regla general no procede. Si desea recibir más información respecto a quién está autorizado a firmar este formulario, contacte a: Director of Risk Management and Safety (Director de Gestión de Riesgos y Seguridad), 2901 West Beltline Hwy, (608) 443-5545.

Index to Auth-PHI

**1. Patient Information**

Name – Last, First, MI (Maiden or former name) See Spanish Version			
Street Address See Spanish Version	City See Spanish Version	State See Spanish Version	Zip Code
Medical Record Number (only if known) See Spanish Version	Birthdate See Spanish Version	Phone Number See Spanish Version	

**2a. Medical Records to obtain (Select one) – for Medical Images/Films, see below under 2d and 2e**

Summary of Chart (includes consultations, outpatient notes, pathology reports, clinic summaries, X-ray (reports only), EKG and Lab reports for the most recent two years)

Dental Records

Records pertaining to (dates or conditions): See Spanish Version

Other (describe): See Spanish Version

Entire medical record from date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ to date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**2b. Substance Use Disorder (SUD) Records – will only be released if selected below (Please select all that apply)**

SUD assessments

Treatment notes and treatment plans

Lab screening results

Discharge Summary including SUD information

All SUD information **from** date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **to** date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_

**2c. Format for record delivery (Select one):**  Paper  DVD (requires PDF viewer)  Other format (specify): \_\_\_\_\_  
**Please note:** If a format is not selected, records will be provided in paper format.

**2d. MEDICAL IMAGES to be disclosed from (Select one):**  ACHC

**2e. Specific MEDICAL IMAGES to be disclosed:**

- Medical X-Rays  Dental X-rays  X-rays pertaining to: See Spanish Version

**3. Release Information FROM: (Select one)**

- All Access Community Health Centers or Specify below:  
 Other Healthcare Organization (Complete below)

Name – (e.g. Health Facility, Physician...) See Spanish Version		
Address See Spanish Version		
City See Spanish Version	State	Zip Code
Phone Number See Spanish Version	Fax See Spanish Version	

**4. Release Information TO: \*\*Need full mailing address\*\***

Name – (e.g. Insurance Company, Lawyer, Physician, Patient) See Spanish Version		
Address See Spanish Version		
City See Spanish Version	State	Zip Code
Phone Number See Spanish Version	Fax See Spanish Version	

**5. Purpose or need for disclosure - may be released electronically. (Select all applicable categories)**

- Further medical care  Payment of insurance claim  Legal investigation  Workers' compensation
- Application for insurance  Vocational rehabilitation  Patient use  Research
- Disability determination  Other: See Spanish Version

**6. EXPIRATION DATE:** This authorization will remain in effect until the above disclosure(s) have been completed unless you specify that this authorization will be effective for an additional time period. (NOTE that if you specify an additional time period, this authorization will apply to your medical information generated during the additional time period.)  Other specific expiration date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**\*\*PLEASE SEE NEXT PAGE FOR FURTHER INFORMATION\*\***

**In accordance with the conditions listed above and on the next page of this form, I authorize the use and/or disclosure of my medical information. I understand that there may be a charge for copies.** This authorization includes disclosure of information regarding substance use disorder, psychiatric consults and mental illness, developmental disabilities, genetic testing, AIDS or AIDS-related illness, sexually transmitted infection, and/or HIV test results, unless I limit the disclosure to exclude the following: \_\_\_\_\_

**Signature of Patient/Representative:** See Spanish Version **Date:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

If signed by person other than the patient, print name and state relationship and authority to do so. (See next page for more information)

Print Name: See Spanish Version Relationship: See Spanish Version

Patient is:  Minor  Incompetent/Incapacitated  Spouse/Domestic Partner of Deceased

Legal Authority:  Legal Guardian  Parent of Minor  Next of Kin  Other: See Spanish Version  
 Health Care Agent  Personal Representative

ACHC Release Documentation
----------------------------

## ADDITIONAL INFORMATION REGARDING AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

Access Community Health Centers care providers honor a patient's right to confidentiality of protected health information as provided under federal and state law. Please read the following guidelines before signing this authorization.

**Release of Information:** The information released may be obtained from the medical record of Access Community Health Centers. It may be obtained from multiple paper-based or electronic-based forms (as applicable). It may include data elements from outside sources that are embedded in tables and documents. Copies released from Health Information Management include medical records only.

**Sending Authorizations to Access Community Health Centers:** Authorizations for Access Community Health Centers can be mailed to Access Community Health Centers, Attn: Release of Information/UW Health, **8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717** or returned to any Access clinic.

**Federal HIPAA Privacy Rules:** These federal rules indicate when your protected health information may be used or disclosed without your authorization. Please see our Notice of Privacy Practices for additional information. You can find a copy of the Notice of Privacy Practices on the website at <https://accesscommunityhealthcenters.org/>.

**Federal Substance Use Disorder Treatment Program Privacy (42 CFR Part 2):** The federal confidentiality rules (42 CFR Part 2) that apply to substance use disorder treatment and/or referral records maintained by a Part 2 program prohibit any further disclosure of such records without the specific written consent of the individual whose information is being disclosed or as otherwise permitted by 42 CFR Part 2. However, any disclosure of information carries the potential for unauthorized re-disclosure and the information may not be protected by federal privacy standards.

**Wisconsin Right to Privacy:** Wisconsin law protects the confidentiality of patient healthcare records and indicates when records may be disclosed without your authorization.

**General Designation for Disclosure of Substance Use Disorder Treatment Information:** I understand I have made a general designation to disclose substance use disorder treatment and/or referral information to individuals or entities with which I have a treatment relationship. I may request a list of individuals or entities to which my substance use disorder information has been disclosed by contacting Director of Risk Management and Safety, 2901 West Beltline Hwy, (608) 443-5545.

**No Obligation to Sign:** You are under no obligation to sign this form, and you may refuse to do so. Except as permitted under applicable law, Access Community Health Centers care providers may not refuse to provide you treatment or other healthcare services if you refuse to sign this form.

**Revocation:** You have the right to revoke this authorization, in writing, at any time before it ends. However, your written revocation will not affect any disclosures of your medical information that the person(s) and/or organization(s) listed on the previous page of this form have already made, in reliance on this authorization, before the time you revoke it. In addition, if this authorization was obtained for the purpose of insurance coverage, your revocation may not be effective in certain circumstances where the insurer is contesting a claim. For Access Community Health Centers records, your revocation must be made in writing and addressed to: Access Community Health Centers, Director of Risk Management and Safety, 2901 West Beltline Hwy, (608) 443-5545.

**Re-release:** If the person(s) and/or organization(s) authorized by this form to receive your protected health information are not healthcare providers or other people who are subject to federal health privacy laws, the protected health information they receive may lose its protection under federal health privacy laws, and those people may be permitted to re-release your protected health information without your prior permission.

**Right to Inspect:** You have the right to inspect or copy the protected health information for whose disclosure you are authorizing, with certain exceptions provided under state and federal law. If you would like to inspect your records, contact the Patient Accounting department (for billing records) or Health Information Management department (for medical records) at 8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717 or (608) 263-6030, Option 3.

**Fees:** There is no charge for records requested by and released to other healthcare organizations. A fee will be charged for other requested purposes.

**Multiple Formats for Release of Medical Records (Paper vs DVD):** You may request records to be provided to you in different formats; however, only one format will be released per authorization. You will be asked to submit a separate request for each format if multiple formats are desired.

**Signatures:** Generally, if you are 18 years of age or older, you are the only person who is permitted to sign this form to authorize the disclosure of your protected health information. If you are under the age of 18, your parent or guardian must sign this form for you. However, there are many situations in which this general rule does not apply. For more information regarding who is authorized to sign this form, contact: Director of Risk Management and Safety, 2901 West Beltline Hwy, (608) 443-5545.