



# AUTHORIZATION TO DISCLOSE/RECEIVE PATIENT HEALTH INFORMATION

301 W. 6th Avenue, Denver, CO 80204-4507  
303-602-8000 (P) 303-602-8003 (F)  
DH\_HIM@dhha.org

MR# \_\_\_\_\_

Patient's Legal Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_  
Print Last Name, First Name mm/dd/yyyy

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Social Security No. (last 4) \_\_\_\_\_ Telephone No. \_\_\_\_\_

### Please select the correct box (Required):

I authorize Denver Health to **receive** my health information from:

OR --

I authorize Denver Health to **release** my health information to:  Same as above

Name \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ City/State \_\_\_\_\_

Zip Code \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

### Information to be released (Required):

Date(s) of Treatment (Month/Day/Year): From \_\_\_\_\_ To \_\_\_\_\_

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Billing Record         | <input type="checkbox"/> DH Paramedic Trip Report | <input type="checkbox"/> Medication List     | <input type="checkbox"/> Radiological Images        |
| <input type="checkbox"/> Clinic Notes           | <input type="checkbox"/> Discharge Summary        | <input type="checkbox"/> Operative Report    | <input type="checkbox"/> Radiology Reports          |
| <input type="checkbox"/> Demographic/Face Sheet | <input type="checkbox"/> Immunization Report      | <input type="checkbox"/> Pharmacy Co-Pays    | <input type="checkbox"/> SBHC (School Based Clinic) |
| <input type="checkbox"/> Dental                 | <input type="checkbox"/> Laboratory Reports       | <input type="checkbox"/> Physical/Occupation | <input type="checkbox"/> Entire Record              |

I understand by checking any boxes below, I have given permission to disclose confidential information related to drug and/or alcohol treatment, which is protected by federal law 42 CFR, Part 2, mental health conditions, and/or HIV treatment. (If these boxes are not checked, this information will **NOT** be released.)

- Diagnosis and/or treatment relating to mental health conditions
- Diagnosis and/or treatment relating to infection or diagnosis, HIV testing, and/or treatment for AIDS
- Diagnosis and/or treatment relating to substance abuse
- Diagnosis and/or treatment relating to reproductive health

### Disclosure method (Required):

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> CD                        | <input type="checkbox"/> Emailed to: _____               | <input type="checkbox"/> Faxed (To the Number Above) |
| <input type="checkbox"/> Mailed (To address above) | <input type="checkbox"/> Picked Up (Contact phone above) | <input type="checkbox"/> MyChart                     |
| <input type="checkbox"/> Printed                   | <input type="checkbox"/> Reviewed in EHR                 |  |

I authorize \_\_\_\_\_ to give **VERBAL** information regarding my treatment to the following person(s):  
\_\_\_\_\_

### Disclosure purpose (Required):

- Claim     Continuing Care     Legal     Personal Use     SSI/Disability

### On-Site record review:

I request the opportunity to **inspect** my medical records in the Health Information Department.

### Authorization (Required):

I give Denver Health permission to disclose my protected health information as listed above. I understand that I may inspect or copy the information to be used or disclosed, as provided in CFR 164.524. I acknowledge that once this information is disclosed, it may no longer be protected. I understand that I have a right to revoke this authorization at any time by giving my written notice of cancellation 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. This authorization will automatically expire **180 days** from the date of my signature, unless otherwise specified as follows: \_\_\_\_\_

I understand that authorizing the disclosure of this health information is voluntary. I need not sign this form in order to ensure treatment. A copy, facsimile or scan of this authorization is to be considered as valid as the original. If I have questions about disclosure of my health information, I can contact the Health Information Management Department Monday - Friday 8:00 a.m. - 4:30 p.m.

**I UNDERSTAND THAT A FEE MAY BE CHARGED TO COVER THE COST OF PRODUCING THE RECORDS**, as allowed by Colorado State Regulation.

Patient/Personal Representative Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
mm/dd/yyyy

Personal Representative Relationship to Patient \_\_\_\_\_





# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR/RECIBIR INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

301 W. 6th Avenue, Denver, CO 80204-4507  
303-602-8000 (P) 303-602-8003 (F)  
DH\_HIM@dhha.org

MR# \_\_\_\_\_

Nombre legal del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Apellido, nombre (en letra de imprenta) mm/dd/aaaa

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Cód. postal \_\_\_\_\_

Nro. de Seguro Social (4 últimos dígitos) \_\_\_\_\_ Teléfono Nro. \_\_\_\_\_

### Seleccione la casilla correcta (requerido):

Autorizo a Denver Health a **recibir** mi información de salud de:  
O --

Autorizo a Denver Health a **divulgar** mi información de salud a:  A la misma dirección anterior  
Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_  
Cód. postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

### Información que se divulgará (requerido):

Fecha(s) de tratamiento (Mes/Día/Año): De \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Registro de facturación	<input type="checkbox"/> Informe de viaje de paramédico de DH	<input type="checkbox"/> Lista de medicamentos	<input type="checkbox"/> Imágenes radiológicas
<input type="checkbox"/> Notas clínicas	<input type="checkbox"/> Resumen de alta del hospital	<input type="checkbox"/> Informe operativo	<input type="checkbox"/> Informes radiológicos
<input type="checkbox"/> Hoja demográfica	<input type="checkbox"/> Registro de vacunas	<input type="checkbox"/> Copagos de farmacia	<input type="checkbox"/> SBHC (Clínica escolar)
<input type="checkbox"/> Información dental	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio	<input type="checkbox"/> Datos físicos/ocupacionales	<input type="checkbox"/> Registro completo

Entiendo que al marcar cualquiera de las casillas de abajo, he dado permiso para divulgar información confidencial relacionada con el tratamiento de drogas y/o alcohol, la cual está protegida por la ley federal 42 CFR, Parte 2, afecciones de salud mental, y/o tratamiento de VIH. (Si no se marcan estas casillas, **NO** se divulgará esta información).

- Diagnóstico y/o tratamiento relacionado con afecciones de salud mental
- Diagnóstico y/o tratamiento relacionado con infección o diagnóstico, prueba del VIH y/o tratamiento del SIDA
- Diagnóstico y/o tratamiento relacionado con el abuso de sustancias
- Diagnóstico y/o tratamiento relacionado con la salud reproductiva

### Método de divulgación (requerido):

En CD  Por correo electrónico a:  Por fax (al número indicado previamente)  
 Por correo (a la dirección anterior)  Recogido (teléfono de contacto anterior)  Por MyChart  
 Impreso  Revisado en EHR  
 Autorizo \_\_\_\_\_ que se dé información **VERBAL** sobre mi tratamiento a la(s) siguiente(s) persona(s):  
\_\_\_\_\_

### Propósito de la divulgación (requerido):

Reclamación  Atención continua  Propósito legal  Uso personal  SSI/Discapacidad

### Revisión de registros en el sitio:

Solicito la oportunidad de revisar mi registros médicos en el Departamento de Información de Salud.

### Autorización (requerida):

Autorizo a Denver Health a que divulgue mi información de salud protegida según se indica anteriormente. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se vaya a usar o divulgar, según lo dispuesto en CFR 164.524. Reconozco que una vez divulgada esta información, puede dejar de estar protegida. Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento entregando mi aviso de cancelación por escrito al Departamento de Administración de Información de Salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. Esta autorización caducará automáticamente a los **180 días** de la fecha de mi firma, a menos que se especifique lo siguiente: \_\_\_\_\_.

Entiendo que autorizar la divulgación de esta información de salud es algo voluntario. No necesito firmar este formulario para garantizar el tratamiento. Una copia, facsímil o copia escaneada de esta autorización se considerará tan válida como la original. Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo ponerme en contacto con el Departamento de Administración de Información de Salud, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. **ENTIENDO QUE SE PUEDE COBRAR UNA TARIFA PARA CUBRIR EL COSTO DE PRODUCIR LOS REGISTROS**, según lo permitido por Regulación del Estado de Colorado

Firma del paciente o representante personal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
mm/dd/aaaa

Relación del representante personal con el paciente \_\_\_\_\_

