Office Use Only:
Received_____
Complete_____
ROI Log #_____

Scheurer Family Medical Center
168 North Caseville Road, Pigeon, MI 48755
Telephone: (989) 453-2141 Fax: (989) 453-2559

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PATIENT HEALTH INFORMATION

I authorize Scheurer Hospital to release copies of protected information in my health record to:

*☐Myself ☐Other: _____

Print the name of who the information should be released to (Physician, Insurance Company, Attorney, etc.)

Specific information to be disclosed:

*WHAT INFORMATION:_____

*FROM WHAT DATE:_____

PURPOSE: _____

*I would like to receive the above information on the following format (check those that apply):

Encrypted electronic media ☐ CD ☐Portable USB ☐ Email_____(email address)

☐Paper copies to hand carry (Release only to those listed above) ☐Fax (____) _____--_____

☐Paper copies mailed to: _____

Street Address City State Zip Code

☐View on computer (by appointment) (phone (_____)_____---_____)

☐Other (please explain):_____

The records listed below are protected by Federal law. If you want this information included with this release, please initial only the items to be included.

_____ Alcohol and/or drug abuse, mental health, psychological services, social services

_____Information concerning Human Immunodeficiency Virus (HIV) test results, Acquired Immunodeficiency Disease (AIDS) or related diseases such as Communicable diseases and infections.

This authorization expires within (60) days from the date this authorization is signed. I may revoke this authorization at any time by notifying Scheurer Hospital Health Information Management Services in writing, but if I do it will not have any effect on any actions taken before the revocation was received. There might be exceptions to revoke this authorization, please read your Notice of Privacy Practices to discover your revocation rights and exceptions to revocation.
Treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits are not a condition of on a signature on this authorization.
I understand that any disclosure of information carries with it the potential for an unauthorized redisclosure. Redisclosed protected health information, once released as requested from the hospital, will no longer be protected by HIPAA (Health Information Portability Accountability Act) including paper, facsimiles, or electronic media.
I understand mailing paper medical records through the U.S. Postal Service includes the risk of loss or theft of the documents.
By signing below, I release Scheurer Healthcare Network/Scheurer Hospital of any and all responsibilities regarding loss or theft of any mailed documents included in this request.

*PATIENT NAME: (print) _____*DOB _____Phone (____)_____--_____

_____

*Legally Authorized Signature * (Relationship) *Drivers License * Today's Date

_____ Copies were released on___/___/___

Witness signature Today's Date Released by (Initials) _____

 * This authorization will be invalid if this information is missing

Scheurer Family Medical Center
168 North Caseville Road, Pigeon, MI 48755
Telephone: (989) 453-2141 Fax: (989) 453-2559

HIMS Use Only:
Received_____
Complete_____
ROI Log #_____
Account #_____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE DE LA SALUD

Autorizo el Hospital Scheurer para liberar copias de la información protegida en mi expediente médico para:
*□ Yo□ Otros: _____
Imprimir el nombre de quien la información debe ser divulgada a (médico, la compañía de seguros, el fiscal, etc.)
La información específica que se da a conocer:

*QUE INFORMACIÓN:_____

*DE LO QUE FECHA: _____

PURPOSE: _____

*Me gustaría recibir la información anterior sobre el formato siguiente (marque los que correspondan):

medios electrónicos cifrados □ CD □USB □Correo electrónico_____
□ Fax (____) _____ - _____□ Las copias en papel a mano lleva Release (sólo para los que se enumeran más arriba)
□ Las copias en papel enviados por correo a:_____
Dirección Ciudad Estado Código Postal
□ Ver en el ordenador (con cita previa) (teléfono (_____) _____ _____)
□ Otro (por favor explique): _____
Los registros indican a continuación están protegidos por la ley federal. Si desea que esta información se incluye con este comunicado, haga sus iniciales sólo los elementos que se incluirán.

_____ El alcohol y / o drogas, salud mental, servicios psicológicos, servicios sociales

_____ La información relativa a virus de inmunodeficiencia humana (VIH resultados de las pruebas), de Inmunodeficiencia Adquirida
Enfermedades (SIDA) o relacionados con enfermedades como las enfermedades transmisibles y las infecciones.
Esta autorización se vence dentro de los (60) días desde la fecha de la firma de esta autorización. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando Scheurer hospital Servicios de Información de Gestión por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre cualquier acción tomada antes de recibir la revocación. Puede haber excepciones a revocar esta autorización, por favor, lea usted aviso de privacidad para descubrir sus derechos de revocación y excepciones a la revocación.
El tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no dependen de una firma en esta autorización.
Entiendo que cualquier divulgación de información lleva consigo la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada. información médica divulgada nuevamente, una vez liberado conforme a lo solicitado en el hospital, ya no estará protegido por (Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Información de Salud), como papel, facsímiles, o medios electrónicos HIPAA.
Entiendo que enviar los registros médicos de papel a través del Servicio Postal de EE.UU. incluye el riesgo de pérdida o robo de los documentos. Al firmar abajo, libero Scheurer Salud Red de Hospitales / Scheurer de cualquiera y todas las responsabilidades respecto a la pérdida o robo de los documentos enviados por correo incluidos en esta solicitud.
*NOMBRE DEL PACIENTE: (impresión) _____*DOB _____Phone (____) _____ - _____

_____
*Firma legalmente autorizado *(relación) *Licencia de conducir *Fecha de hoy

_____ COPIES RELEASED ON ___ / ___ / ___
Firma del testigo Fecha de hoy

Released by (Initials) _____

Revised 06/18/16 *This authorization will be invalid if this information is missing