



Identificación del paciente	Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____ (Nombre de soltera, otros nombres, apodo): _____ Número del Seguro Social: _____												
Proveedor (¿Quién divulga la información?)	La siguiente persona u organización está autorizada para divulgar información: Nombre del proveedor: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Ciudad, estado, código postal: _____												
Se divulga la información a: (¿Dónde se enviará la información?)	Nombre o establecimiento: _____ Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____												
Información que se divulgará	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Copia estándar de la historia clínica (incluye carátula de antecedentes demográficos, informes dictados por el médico y todos los resultados de los exámenes)</td> <td><input type="checkbox"/> Resumen del alta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Historia clínica completa</td> <td><input type="checkbox"/> Exámenes de laboratorio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otro _____</td> <td><input type="checkbox"/> Informes radiológicos y de imágenes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Antecedentes y exámenes médicos</td> <td><input type="checkbox"/> ECG</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Informe de cirugía</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Informe de patología</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Copia estándar de la historia clínica (incluye carátula de antecedentes demográficos, informes dictados por el médico y todos los resultados de los exámenes)	<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Historia clínica completa	<input type="checkbox"/> Exámenes de laboratorio	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Informes radiológicos y de imágenes	<input type="checkbox"/> Antecedentes y exámenes médicos	<input type="checkbox"/> ECG		<input type="checkbox"/> Informe de cirugía		<input type="checkbox"/> Informe de patología
<input type="checkbox"/> Copia estándar de la historia clínica (incluye carátula de antecedentes demográficos, informes dictados por el médico y todos los resultados de los exámenes)	<input type="checkbox"/> Resumen del alta												
<input type="checkbox"/> Historia clínica completa	<input type="checkbox"/> Exámenes de laboratorio												
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Informes radiológicos y de imágenes												
<input type="checkbox"/> Antecedentes y exámenes médicos	<input type="checkbox"/> ECG												
	<input type="checkbox"/> Informe de cirugía												
	<input type="checkbox"/> Informe de patología												
Fechas del servicio	Fechas del servicio, desde (fecha) _____ hasta (fecha) _____												
Documentación sobre abuso de sustancias	Marque esta casilla SÓLO si usted permite la divulgación de su expediente de abuso de sustancias. <input type="checkbox"/> El solicitante, comprende lo siguiente: Dichos expedientes contienen la documentación sobre abuso de sustancias y, por lo tanto, se prohíbe una nueva divulgación de ellos. LA DIVULGACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN SE REALIZA CONFORME A LA DISPOSICIÓN DE CONFIDENCIALIDAD DE LAS LEYES FEDERALES (42 U.S.C. 290dd-2, y las normas 42 CFR, Parte 2) que prohíben toda divulgación futura de esta información sin el consentimiento por escrito específico de la persona a quien pertenecen o, según lo permitan dichas normas.												
Propósito de la divulgación	<input type="checkbox"/> Continuación de la atención de salud <input type="checkbox"/> Finalización o pago <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Otro _____ (No es obligatorio indicar el propósito en las solicitudes personales) Se puede cobrar una tarifa por las copias de las solicitudes con propósitos distintos a los de la atención del paciente.												
Fecha de vencimiento	A menos que se revoque, esta autorización expirará en la siguiente fecha, evento o condición: _____ Si no especifico una fecha, evento o condición de expiración, esta autorización tendrá vigencia durante un año a partir de esta fecha, para los registros que se generen como resultado de los servicios que se brinden en esta fecha o antes.												
Revocación	Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, presentando una revocación por escrito al Departamento de Historias Clínicas. Comprendo que la revocación no se aplicará a: <ul style="list-style-type: none"> • la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización; • mi compañía de seguros, cuando la ley le confiere el derecho de impugnar una reclamación en virtud de mi póliza. 												
Autorización	Comprendo que la información de mi historia clínica puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), los servicios de salud mental o trastornos del comportamiento o los tratamientos para el abuso de drogas y alcohol. Comprendo que la autorización para la divulgación de esta información médica es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario con el fin de garantizar el tratamiento. Comprendo que puedo revisar u obtener copias de la información que se usará o divulgará, de acuerdo con 45 CFR 164.524. Comprendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una posterior divulgación no autorizada y los reglamentos federales sobre la confidencialidad podrían no proteger dicha información. Si tengo alguna pregunta sobre la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme con el funcionario de privacidad de Avera McKenna al (605) 322-7801. <hr/> Firma del paciente o su representante legal _____ Fecha _____ <hr/> Si firma un representante legal, indique la relación con el paciente _____ Firma del testigo _____ <hr/> Fecha: _____ Información enviada _____												



800 East 21st Street
PO Box 5045
Sioux Falls, SD 57117-5045
(605) 322-8000



AUTH REL

USE FOR
REFERENCE
ONLY

Patient Identification	Patient Name: _____ Date of Birth: _____ Address: _____ City/State/Zip: _____ (Maiden/Previous Names/Nickname): _____ Social Security Number: _____												
Provider (Who is releasing information?)	The following individual or organization is authorized to make the disclosure: Provider Name: _____ Address: _____ Phone: _____ City/State/Zip: _____												
Disclose Information to: (Where is information to be sent?)	Name/Facility: _____ Address: _____ City/State/Zip: _____ Phone: _____ Fax: _____												
Information to be Disclosed	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Standard Chart Copy (Includes Demographic Face Sheet, Physician Dictated Reports, All Test Results)</td> <td><input type="checkbox"/> Discharge Summary</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Entire Record</td> <td><input type="checkbox"/> Lab</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Other _____</td> <td><input type="checkbox"/> X-ray and imaging reports</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> History and Physical</td> <td><input type="checkbox"/> EKG</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Operative Report</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Pathology Report</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Standard Chart Copy (Includes Demographic Face Sheet, Physician Dictated Reports, All Test Results)	<input type="checkbox"/> Discharge Summary	<input type="checkbox"/> Entire Record	<input type="checkbox"/> Lab	<input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> X-ray and imaging reports	<input type="checkbox"/> History and Physical	<input type="checkbox"/> EKG		<input type="checkbox"/> Operative Report		<input type="checkbox"/> Pathology Report
<input type="checkbox"/> Standard Chart Copy (Includes Demographic Face Sheet, Physician Dictated Reports, All Test Results)	<input type="checkbox"/> Discharge Summary												
<input type="checkbox"/> Entire Record	<input type="checkbox"/> Lab												
<input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> X-ray and imaging reports												
<input type="checkbox"/> History and Physical	<input type="checkbox"/> EKG												
	<input type="checkbox"/> Operative Report												
	<input type="checkbox"/> Pathology Report												
Service Dates	Dates of service from (date) _____ to (date) _____												
Substance Abuse Documentation	Check this box ONLY if you permit substance abuse records to be released. <input type="checkbox"/> Requestor, take note: These released records contain substance abuse documentation, and therefore prohibition on redisclosure applies. THIS INFORMATION IS RELEASED SUBJECT TO THE CONFIDENTIALITY PROVISION OF FEDERAL STATUTES (42 U.S.C. 290dd-2, and regulations 42 CFR, Part 2) which prohibits any further disclosure of this information without the specific written consent of the person to who it pertains, or as otherwise permitted by such regulations.												
Purpose of Disclosure	<input type="checkbox"/> Continued Healthcare <input type="checkbox"/> Completion/Payment <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Other _____ (Purpose not required for personal requests) A copying fee may be charged on requests for purposes other than patient care.												
Expiration Date	Unless otherwise revoked, this authorization will expire on the following date, event, or condition: _____ If I fail to specify an expiration date, event, or condition, this authorization shall be in effect for one year from this date, for records generated as a result of services occurring on or prior to this date.												
Revocation	I understand I have a right to revoke this authorization at any time by presenting a written revocation to the Medical Record Department. I understand the revocation will not apply to: <ul style="list-style-type: none"> • Information already released in response to this authorization • My insurance company when the law provides my insurer with the right to contest a claim under my policy. 												
Authorization	<p>I understand the information in my health record may include information relating to sexually transmitted disease, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), or human immunodeficiency virus (HIV), behavioral or mental health services, or treatment for alcohol and drug abuse.</p> <p>I understand authorizing the disclosure of this health information is voluntary. I can refuse to sign this authorization. I need not sign this form in order to assure treatment. I understand I may inspect or obtain copies of the information to be used or disclosed, as provided in 45 CFR 164.524. I understand any disclosure of information carries with it the potential for an unauthorized redisclosure and the information may not be protected by federal confidentiality rules. If I have questions about disclosure of my health information I can contact the Avera McKennan Privacy Officer at (605) 322-7801.</p> <p>Signature of Patient or Legal Representative _____ Date _____</p> <p>If Signed by Legal Representative, Relationship to Patient _____ Signature of Witness _____</p> <p>Date: _____ Information sent: _____</p>												