



1325 S. Cliff Ave.
P.O. Box 5045
Sioux Falls, SD 57117-5045
605-322-8000



AUTH REL

Identificación del Paciente	Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Número de Seguro Social (últimos 4 dígitos): _____ teléfono: _____
Institución (¿Quién divulga la información?)	La siguiente persona u institución está autorizada para divulgar información: Nombre de la Institución: _____ Dirección: _____ Ciudad/ Estado/ Código Postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
La Información se le Divulga a: (¿Adonde se va a enviar la información?)	Nombre/Institución: _____ Dirección: _____ Ciudad/ Estado/ Código Postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
La Información que se va a Divulgar	<input type="checkbox"/> Copia Estándar del Expediente Médico (Incluye Carátula de Antecedentes Demográficos, Reportes Dictados por el Médico, Todos los Resultados Exámenes) <input type="checkbox"/> El Expediente Completo <input type="checkbox"/> Reportes e Imágenes Radiográficas <input type="checkbox"/> Otro _____
Fechas del Servicio	Fechas del servicio, desde (fecha) _____ hasta (fecha) _____
Forma y Formato	<input type="checkbox"/> Expediente en papel <input type="checkbox"/> Unidad Flash <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> CD-ROM (disco compacto) <input type="checkbox"/> Electrónico por e-mail (Toda transmisión por e-mail se va a encriptar a menos que se solicite lo contrario por el paciente. El envío de expedientes médicos sin encriptar por e-mail conlleva riesgos incluyendo que la información protegida del paciente (PHI siglas en ingles) sea leída o de alguna forma accedida por un tercero mientras que va en tránsito. El tamaño del archivo puede limitar la habilidad de enviarlo por e-mail.) Si usted quiere que sus expediente se envíe sin encriptar, por favor escriba sus iniciales aquí: _____ Si usted opta por recibir su expediente por e-mail, por favor proporcione la dirección del e-mail: _____
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.
El Propósito de la Divulgación	<input type="checkbox"/> Continuación de la Atención de Salud <input type="checkbox"/> Finalización/Pago <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Otro _____
Fecha de Vencimiento	A menos que se revoque, esta autorización va a vencer en la siguiente fecha, evento o condición: _____ Si yo fallo en especificar una fecha de vencimiento, evento, o condición, esta autorización va a permanecer vigente por un año a partir de esta fecha, para expedientes generados como resultado de estos servicios ocurriendo en o antes de esta fecha.
Revocación	Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, presentando una revocación por escrito al Departamento de Expedientes Médicos. Comprendo que la revocación no se aplicará a: • 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 historial médico 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 que los reglamentos federales sobre la confidencialidad no puedan proteger dicha información. Si tengo alguna pregunta sobre la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme con el Funcionario de Privacidad de Avera McKennan al número 605-322-7801. Firma del Paciente o su Representante legal _____ Fecha _____ Si firma un Representante Legal, Indique la Relación al Paciente _____ Firma del Testigo _____ Fecha: _____ Información enviada: _____



1325 S. Cliff Ave.
P.O. Box 5045
Sioux Falls, SD 57117-5045
605-322-8000



AUTH REL

REFERENCE

Patient Identification	Patient name: _____ Date of birth: _____ Address: _____ City/state/zip: _____ Social Security Number (last 4 digits): _____ Phone: _____
Provider (Who is releasing information?)	The following individual or organization is authorized to make the disclosure: Provider name: _____ Address: _____ City/state/zip: _____ Phone: _____ Fax: _____
Disclose Information to: (Where is information to be sent?)	Name/facility: _____ Address: _____ City/state/zip: _____ Phone: _____ Fax: _____
Information to be Disclosed	<input type="checkbox"/> Standard chart copy (Includes Demographic Face Sheet, Physician Dictated Reports, All Test Results) <input type="checkbox"/> Entire record <input type="checkbox"/> X-ray and imaging reports <input type="checkbox"/> Other _____
Service Dates	Dates of service from (date) _____ to (date) _____
Form and Format	<input type="checkbox"/> Paper records <input type="checkbox"/> Flash drive <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> CD-ROM (compact disc) <input type="checkbox"/> Electronically by e-mail (All e-mail transmissions will be encrypted unless specifically requested otherwise by the patient. Sending medical records by unencrypted e-mail has risks including the individual's PHI could be read or otherwise accessed by a third party while in transit. File size may limit ability to send by e-mail.) If you want your records sent unencrypted please initial here: _____ If you choose to receive your records by e-mail, please provide the requested e-mail address: _____
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 whom 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 _____
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	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. 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. _____ Signature of Patient or Legal Representative Date _____ If Signed by Legal Representative, Relationship to Patient Signature of Witness Date: _____ Information sent: _____