

Western North Carolina Community Health Services, Inc.

Centralized Medical Records Department

257 Biltmore Ave, Asheville, NC 28801

Fax # (828) 285-9831 Telephone # (828) 285-0622

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

INFORMATION MAY BE RELEASED BY / TO:

- Minnie Jones Health Center 257 Biltmore Ave, Asheville, NC 28801
Hominy Valley Health Center 1914 Smokey Park Hwy, Candler, NC 28715
McDowell Health Center 136 Creekview Court, Marion, NC 28752

INFORMATION MAY BE DISCLOSED BY / TO:

Facility/Person: _____

Address: _____

Email (if applicable): _____

Fax #: (____) _____ Telephone#: (____) _____

I would like to receive my records via: Fax ___ Mail ___ Email ___ In-Person ___ (Paper ___ or CD ___)

**communication by unencrypted email presents a risk that personally identifiable information contained in the email, may be intercepted by unauthorized third parties

INFORMATION TO BE DISCLOSED: (check all that apply)

___ Standard release (last 3 years of notes, lab/x-ray reports, med list, allergy list, immunization record, consult notes.)

___ Only information related to (specify): _____

___ Only the period of events from: _____ to _____

Entire Medical Record ___ Entire Dental Record ___

Exclusions

___ AIDS/HIV test results, diagnosis, treatment, and related information

___ Drug screen results and information about drug and alcohol use and treatments

___ Mental health notes

___ Genetics testing

I understand that the information released may include sensitive information related to behavior and/or mental health, drugs, and alcohol (including records of a program that provides alcohol or drug abuse diagnosis, treatment, or referral, as defined by federal law at 42 CFR Part 2), rape, abuse (sexual, physical, elder, spousal, etc.) abortion, sexual diseases like HIV/AIDS and other communicable disease and genetic testing.

PURPOSE OF DISCLOSURE: Continuity of care ___ Personal use ___ Other ___

By signing below, I acknowledge that I have read and understand this Authorization.

My authorization will be valid for one (1) calendar year or until I revoke it in writing. I understand that a revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization. I understand that once the above information is disclosed, it may be re-disclosed by the recipient, and the information may not be protected by federal laws or regulations. I may refuse to sign this authorization; however, doing so may impact whether the information is disclosed. My healthcare, payment for health care, benefit enrollment/eligibility will not be affected if I do not sign this authorization. A photocopy and/or facsimile of this authorization may be considered as valid as the original.

LEGAL NAME (print) PREFERRED NAME DATE OF BIRTH

PATIENT/REPRESENTATIVE SIGNATURE DATE

WITNESS SIGNATURE, IF APPLICABLE DATE

Western North Carolina Community Health Services, Inc.

Departamento de Historiales Médicos Centralizados

257 Biltmore Ave, Asheville, NC 28801

Fax (828) 285-9831. Teléfono (828) 285-0622

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

ESTAS ENTIDADES PODRÁN DIVULGAR O RECIBIR LA INFORMACIÓN:

- Minnie Jones Health Center, 257 Biltmore Ave, Asheville, NC 28801
- Hominy Valley Health Center, 1914 Smokey Park Hwy, Candler, NC 28715
- McDowell Health Center, 136 Creekview Court, Marion, NC 28752

QUIEN SE DETALLA ABAJO PODRÁ DIVULGAR O RECIBIR LA INFORMACIÓN:

Centro/persona: _____

Dirección: _____

Correo electrónico (si corresponde): _____

Fax: (_____) _____ Teléfono: (_____) _____

Deseo recibir mi historial por los siguientes medios: Fax _____ Correo _____ Correo electrónico _____ En persona _____
(papel _____ o CD _____)

** La comunicación por correo electrónico no cifrado supone el riesgo de que terceros no autorizados intercepten la información personal incluida en el correo electrónico.

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ (marque todo lo que corresponda):

___ Divulgación estándar (últimos 3 años de notas, informes de laboratorio, radiografías, lista de medicamentos, lista de alergias, registro de vacunas, notas de consulta)

___ Solo información relacionada con (especifique) _____

___ Solo el período de eventos de _____ a _____

Todo el historial médico ___ Todo el historial dental ___

Exclusiones

___ Resultados de pruebas de infección por VIH/sida, diagnóstico, tratamiento e información relacionada

___ Resultados de pruebas de detección de drogas, e información sobre consumo y tratamientos por drogas y alcohol

___ Notas de salud mental

___ Pruebas genéticas

Comprendo que la información divulgada puede incluir información sensible relacionada con el comportamiento o la salud mental, las drogas y el alcohol (incluidos los registros de un programa que ofrezca diagnóstico, tratamiento o derivación por abuso de alcohol o drogas, como lo define la ley federal en la parte 2 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales), violación, abuso (sexual, físico, de ancianos, conyugal, etc.), aborto, enfermedades de transmisión sexual (como VIH/sida), y otras enfermedades contagiosas y pruebas genéticas.

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN: Continuidad de la atención _____ Uso personal _____ Otro _____

Al firmar abajo, reconozco que leí y comprendo esta autorización.

Mi autorización será válida durante un (1) año calendario o hasta que la revoque por escrito. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización. Entiendo que, una vez divulgada la información anterior, puede ser divulgada de nuevo por el destinatario, y es posible que ya no esté protegida por las leyes o normas federales. Puedo negarme a firmar esta autorización, pero hacerlo puede afectar la divulgación de la información. Sin embargo, mi atención médica, pago por la atención médica, elegibilidad o inscripción para recibir beneficios no se verán afectados si no la firmo. Una fotocopia o facsímil de esta autorización podrá considerarse tan válida como el original.

NOMBRE LEGAL (letra de imprenta)

NOMBRE PREFERIDO

FECHA DE NACIMIENTO

FIRMA DEL PACIENTE/REPRESENTANTE

FECHA

FIRMA DEL TESTIGO, SI CORRESPONDE

FECHA