

**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:**

**Western North Carolina Community Health Services**

- Minnie Jones Health Center 257 Biltmore Ave, Asheville, NC 28801
- Hominy Valley Health Center 1914 Smokey Park Hwy, Candler, NC 28715

**INFORMATION MAY BE DISCLOSED BY / TO:**

Facility/Person: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Email (if applicable): \_\_\_\_\_

Fax #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telephone#: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

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

**INFORMATION TO BE DISCLOSED: (check all box(es) 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.

\_\_\_\_\_  
**PRINT: PATIENT NAME**

\_\_\_\_\_  
**DATE OF BIRTH**

\_\_\_\_\_  
**PATIENT'S/REPRESENTATIVE'S SIGNATURE**

\_\_\_\_\_  
**DATE**

\_\_\_\_\_  
**WITNESS' SIGNATURE, IF APPLICABLE**

\_\_\_\_\_  
**DATE**

**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

**LA INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA POR/A:**

**Western North Carolina Community Health Services**

- Minnie Jones Health Center 257 Biltmore Ave, Asheville, NC 28801
- Hominy Valley Health Center 1914 Smokey Park Hwy, Candler, NC 28715

**LA INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA POR/A:**

Instalación/Persona: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico (si corresponde): \_\_\_\_\_

Fax #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel#: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Me gustaría recibir mis registros a través de:**  Fax  Correo  En persona ( Papel o  CD)

**INFORMACIÓN A SER DIVULGADA: (marque todas las casillas) que correspondan)**

Publicación estándar (últimos 3 años de notas, informes de laboratorio/rayos X, lista de medicamentos, lista de alergias, registro de vacunas, notas de consulta)

Solo información relacionada con (especificar): \_\_\_\_\_

Sólo el período de eventos de: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

Expediente médico completo  Registro dental completo

Exclusiones

\_\_\_ Resultados de las pruebas de SIDA/VIH, diagnóstico, tratamiento e información relacionada

\_\_\_ Resultados de las pruebas de detección de drogas e información sobre el uso y tratamientos de drogas y alcohol  
\_\_\_ notas de salud mental

\_\_\_ Pruebas genéticas

Entiendo que la información divulgada puede incluir información confidencial relacionada con el comportamiento y/o la salud mental, las drogas y el alcohol (incluidos los registros de un programa que proporciona diagnóstico, tratamiento o derivación para el abuso de alcohol o drogas, según lo define la ley federal en 42 CFR Parte 2), violación, abuso (sexual, físico, de ancianos, conyugal, etc.), aborto, enfermedades sexuales como el VIH/SIDA y otras enfermedades transmisibles y pruebas genéticas.

**PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN:**  Continuidad de la atención  Uso personal  Otro \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo esta Autorización.

Mi autorización será válida por un (1) año calendario o hasta que yo la revoque por escrito. Entiendo que una revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que una vez que se divulga la información anterior, el destinatario puede volver a divulgarla y es posible que la información no esté protegida por las leyes o reglamentos federales. Puedo negarme a firmar esta autorización; sin embargo, hacerlo puede afectar la divulgación de la información. Mi atención médica, el pago de la atención médica, la inscripción/elegibilidad de beneficios no se verán afectados si no firmo esta autorización. Una fotocopia y/o facsímil de esta autorización puede considerarse tan válida como el original.

\_\_\_\_\_  
**IMPRIMIR: NOMBRE DEL PACIENTE**

\_\_\_\_\_  
**FECHA DE NACIMIENTO**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PACIENTE/REPRESENTANTE**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL TESTIGO, SI CORRESPONDE**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**