

AUTHORIZATION TO RELEASE PERSONAL HEALTH INFORMATION AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL

To the Applicant: Please list the **names and addresses and phone numbers** of all doctors, hospitals and chiropractors you have seen within the past 5 years. This should include the name of your family doctor, any visits made to hospitals and clinics (even emergency visits) and the name of any other physicians or chiropractors you have seen. If you can remember the year that you were seen by these individuals, please also list. If you have been treated at a Kaiser facility, please specify the location and include your medical record number. **Please date and sign the attached authorization to release medical records or information.**

Al candidato: Enumere los **nombres, direcciones y números de teléfono** de todos los médicos, hospitales y quiroprácticos que haya consultado durante los últimos 5 años. La lista debe incluir el nombre de su médico de familia, todas las visitas que haya realizado a hospitales y clínicas (incluyendo las de emergencia) y los nombres de otros médicos o quiroprácticos que haya consultado. Le pedimos que incluya también el año en el que los consultó, si lo recuerda. Si recibió tratamiento en una instalación Kaiser, le pedimos que especifique la ubicación e incluya su número de expediente médico. **Le pedimos que incluya la fecha y firme la autorización adjunta para la divulgación de registros o información médica.**

YOUR FAMILY DOCTOR:

NAME, ADDRESS, PHONE NUMBERS AND BODY PART(S)

SU MÉDICO DE FAMILIA:

NOMBRE, DIRECCIÓN, NÚMEROS DE TELÉFONO Y PARTE O PARTES DEL CUERPO

HOSPITALS AND CLINICS:

NAME, ADDRESS, PHONE NUMBERS AND BODY PART(S)

HOSPITALES Y CLÍNICAS:

NOMBRE, DIRECCIÓN, NÚMEROS DE TELÉFONO Y PARTE O PARTES DEL CUERPO

1. _____

2. _____

CHIROPRACTOR:

NAME, ADDRESS, PHONE NUMBERS AND BODY PART(S)

QUIROPRÁCTICO:

NOMBRE, DIRECCIÓN, NÚMEROS DE TELÉFONO Y PARTE O PARTES DEL CUERPO

ANY OTHER PHYSICIANS:

NAME, ADDRESS, PHONE NUMBERS AND BODY PART(S)

OTROS MÉDICOS:

NOMBRE, DIRECCIÓN, NÚMEROS DE TELÉFONO Y PARTE O PARTES DEL CUERPO

1. _____

2. _____

Date (Fecha) _____ **SIGN HERE →** Signature (Firma) X _____

List of authorized persons or class of persons on Page 1 of 5 attached herein by reference.

Functions/Class All providers of health care, health care service plan, pharmaceutical company, or contractor that may disclose the medical information.

AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL RECORDS OR INFORMATION

I, the undersigned, authorize the above-named provider(s) of services to release to: Alaska National Insurance Company, their authorized agent Unisource Discovery, attorneys, doctors, examiners or other classes of people that will evaluate your claim, all personal health information (PHI) as described; medical records, charts, notations, correspondence, reports, photographs, films, except as specifically excluded below:

or, only the following records or types of health information and /or only on the specified dates:

Dates(s) of Treatment: _____
Type of Treatment: _____

I also agree to release the following:

Lista de personas o grupo de personas autorizadas en la Página 1 de 5 adjunta a la presente para referencia.

Funciones/grupo Todos los proveedores de cuidado de la salud, plan de servicio de cuidado de la salud, compañía farmacéutica o contratista que pueda divulgar información médica.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS O INFORMACIÓN MÉDICA

El que suscribe autoriza al o a los proveedores de servicios que se enumeran más arriba a divulgar a: Alaska National Insurance Company, su agente autorizado Unisource Discovery, abogados, médicos, examinadores u otro tipo de personas que evaluarán su reclamo, toda la información de salud personal (PHI, por sus siglas en inglés), tal como se describe; registros médicos, hojas clínicas, anotaciones, correspondencia, informes, fotografías, filmaciones, a excepción de las que se excluyen específicamente a continuación:

o, sólo los siguientes registros o tipos de información médica y/o sólo en las fechas especificadas:

Fecha(s) del tratamiento: _____
Tipo de tratamiento: _____

Acepto también divulgar lo siguiente:

- All medical records from Social Security Administration.
- All insurance claims files for the undersigned dealing with prior, present and subsequent claims for injuries and/or damages.

- Todo registro médico de la Administración del Seguro Social.
- Todos los expedientes de reclamos de seguros para el suscrito, sobre reclamos anteriores, presentes o subsiguientes por lesiones y/o daños.

The disclosure of records authorized herein is required for the following purpose only:

La divulgación de registros autorizada por la presente es requerida sólo para el siguiente fin:

For administration of Claim

Para la administración de un reclamo

This authorization shall become effective immediately and shall remain in effect as long as is necessary for Alaska National Insurance Company to administer your Claim, but nevertheless shall expire 1 year from the date of your signature. This is an informed consent for the release of my records, and I have a right to receive a copy of this authorization upon request. A photocopy of this signed authorization shall be deemed as valid as the original.

La presente autorización será efectiva inmediatamente y permanecerá en vigor mientras sea necesario para Alaska National Insurance Company administrar su reclamo, pero terminará 1 año después de la fecha de su firma.

I understand that such information may be used by other parties necessary to participate in processing my claim. Once this health information is disclosed, how the recipient further discloses it may no longer be protected under federal privacy law (HIPAA).

La presente constituye un consentimiento informado para la divulgación de mis registros y tengo derecho a recibir una copia de la presente autorización si así lo solicito. Una fotocopia de la presente autorización firmada tendrá la misma validez que el original.

Comprendo que tal información puede ser utilizada por otras partes necesarias para participar en el procesamiento de mi reclamo. Una vez que esta información de salud se da a conocer , cómo el receptor da a conocer además que va no puede ser

I have asked questions about anything that was not clear to me, and I am satisfied with the answers received.

This consent is subject to revocation by the undersigned in writing at any time by sending revocation to Alaska National Insurance Company and to the list of care providers listed on page 1, except to the extent that action has been taken in reliance herein, and if not earlier revoked, it shall terminate on the conclusion of my case without express revocation. If I revoke this authorization, it will not have any affect on actions taken by all parties in reliance of it before I revoked it.

I acknowledge that I am aware that the consequences of my not signing this authorization can include a delay in the processing/resolution of the (my) claim, a potential denial of the claim, or other consequences recognized by applicable state law and /or the insurance policy at Issue. The healthcare facility will not condition treatment upon securing a signed authorization.

I have private health insurance:

Yes No Name of insurance company:

A specific authorization is required to disclose information regarding the following:

He formulado preguntas sobre todo lo que no me resultaba claro y estoy satisfecho de las respuestas que he recibido.

El presente consentimiento está sujeto a la revocación por escrito por parte del suscrito, en cualquier momento, mediante el envío de la misma a Alaska National Insurance Company y a la lista de proveedores de cuidado de la salud incluida en la página 1, excepto en la medida en que se haya actuado en virtud de la presente y, si no fue revocado con anterioridad, terminará a la conclusión de mi caso sin revocación expresa. Si revoco la presente autorización, no tendrá ningún efecto sobre acciones llevadas a cabo por todas las partes en virtud de la misma antes de la revocación.

Declaro que soy conciente de que las consecuencias de no firmar la presente autorización pueden incluir una demora en el procesamiento/resolución del (de mi) reclamo, un rechazo potencial del mismo u otras consecuencias reconocidas por la ley aplicable del estado y/o la póliza de seguro en cuestión. La institución de cuidado de la salud no condicionará el tratamiento a la obtención de una autorización firmada.

Dispongo de seguro de salud privado:

Sí No Nombre de la compañía de seguro: _____

Se requiere una autorización específica para divulgar información sobre lo siguiente:

(check box and sign to specify information to be disclosed)

<input type="checkbox"/> I consent to the release of any and all psychiatric treatment records.	<i>Signature</i> _____
<input type="checkbox"/> I consent to the release of any and all drug / alcohol abuse records.	_____
<input type="checkbox"/> I consent to the release of any and all HIV Lab Test Results.	_____
<input type="checkbox"/> I consent to the release of any and all Genetic / Fertility records.	

(marque el casillero y firme para especificar la información a ser divulgada)

<input type="checkbox"/> Doy mi consentimiento a la divulgación de todos los registros sobre tratamientos psiquiátricos.	<i>Firma</i> _____
<input type="checkbox"/> Doy mi consentimiento a la divulgación de todos los registros sobre el abuso de drogas / alcohol.	_____
<input type="checkbox"/> Doy mi consentimiento a la divulgación de todos los resultados de pruebas de laboratorio de HIV.	_____
<input type="checkbox"/> Doy mi consentimiento a la divulgación de todos los registros genéticos / de fertilidad.	_____

I certify that this medical release authorization was printed in 14-point type when I signed it.

Certifico que la presente autorización para la divulgación médica fue impresa en tipo de 14 puntos cuando la firmé.

I have received a copy of this authorization.

He recibido una copia de la presente autorización.

Dated (Fecha): _____

**SIGN HERE →
FIRME AQUÍ**

Signature (Firma)

Patient name (Nombre del paciente)

Name and relationship of party other than patient signing
(Nombre y relación de la persona que firma en lugar del paciente)

Date of birth (Fecha de nacimiento)



Kaiser Foundation Hospitals
Permanente Medical Groups

AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PATIENT HEALTH INFORMATION

Note: Fees may apply to certain requests

Patient Name: _____
 Kaiser # _____ Date of Birth: _____
 Address: _____
 City: _____
 State: _____ Zip Code: _____
 Telephone Number: () _____
 Email: _____

Kaiser Permanente will not condition treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits on providing, or refusing to provide this authorization.

This authorizes the following Kaiser Permanente Medical Center(s): _____

- To: Produce a copy of medical records as specified below
- Complete form(s) (Please specify form type(s) in the PURPOSE section below)
- Allow named KP physician to view records

Kaiser Permanente may disclose this information to:

Recipient Name: _____
 Address: _____
 City: _____
 State: _____ Zip Code: _____
 Telephone number: () _____
 Fax number: () _____
 Email: _____

PURPOSE: The health information disclosed may only be used for the following purposes: _____

FOR COPIES, SPECIFY THE HEALTH INFORMATION NEEDED FOR USE OR DISCLOSURE

- Medical Office Records dated from _____ to _____
- Hospital Records dated from _____ to _____

NOTE: Hospital and medical office records may include information related to mental health, alcohol/drug, and HIV references. The actual treatment records from mental health and/or alcohol/drug departments, and/or results of HIV tests will not be disclosed unless specifically requested below.

SIGNATURES AND DATES REQUIRED IF ANY OF THE FOLLOWING BOXES ARE CHECKED

- Mental Health dated from _____ to _____ Signature: _____ Date: _____
- Alcohol / Drug dated from _____ to _____ Signature: _____ Date: _____
- HIV Test Results dated from _____ to _____ Signature: _____ Date: _____

- Specific Injury/Treatment: _____ Department: _____ dated from _____ to _____
- X-Ray: Images and/or Films Reports Describe: _____
- Laboratory Results dated from _____ to _____
- Other (specify): _____
- Protected Minor Records (Adolescent Confidential). Only applicable for patient requesters 12-17 years old.

Media Preference: Paper CD (if available electronically) Delivery Preference: Mail Pickup Fax Email

DURATION: This authorization shall remain in effect for one year from the date of signature unless a different date is specified here _____ (date).

REVOCAATION: You or your representative can revoke this authorization upon written request. If you revoke, it will not affect information disclosed before the receipt of the written request.

REDISCLASURE: Once this health information is disclosed, how the recipient further discloses it may no longer be protected under federal privacy law (HIPAA).

A copy of this authorization is as valid as an original. I have the right to receive a copy of this authorization.

Date

Signature

If not patient, print your name and relationship

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DE UN PACIENTE

(AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PATIENT HEALTH INFORMATION)

Importante: Es posible que se deba hacer un pago para algunas solicitudes.

Nombre del paciente: _____

N.º de Kaiser _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

N.º de teléfono: () _____

Correo electrónico: _____

Kaiser Permanente no condiciona el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para recibir beneficios a la aceptación o el rechazo de esta autorización.

Este documento autoriza a los siguientes centros médicos de Kaiser Permanente: _____

a dar a conocer información según se especifica a continuación para los siguientes fines: _____

Kaiser Permanente puede revelar esta información a:

Marque si es el mismo que el antes mencionado (divulgación al paciente)

Nombre del destinatario: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

N.º de teléfono: () _____ N.º de fax: () _____

Correo electrónico: _____

Copias de expedientes o de información de expedientes médicos dentro de las siguientes fechas: de _____ a _____

Expediente del hospital y del consultorio (ambos) Expedientes de consultorios Expedientes del hospital

Expedientes limitados a un proveedor específico: _____ o departamento: _____

Radiografías Imágenes digitales por rayos X Resultados de análisis de laboratorio

NOTA: Es posible que como parte de esta autorización los expedientes del hospital y los consultorios incluyan la divulgación de información relacionada con la salud mental, el consumo de alcohol o drogas y referencias al VIH que esté incluida en esos expedientes.

No se divulgarán los expedientes de tratamientos de los departamentos de salud mental o de consumo de alcohol o drogas, ni los resultados de las pruebas de VIH a menos que usted firme a continuación.

Expedientes del departamento de Salud Mental → Firma: _____

Expedientes de tratamiento de farmacodependencia/alcoholismo → Firma: _____

Resultados del análisis de anticuerpos contra el VIH → Firma: _____

Tipo de medio: Electrónico Impreso

Preferencia de entrega: Correo electrónico/portal seguro Correo postal Se recogen personalmente

DURACIÓN: Esta autorización será válida durante un año a partir de la fecha en que se firma, a menos que se indique aquí una fecha diferente _____ (fecha).

REVOCACIÓN: Usted o su representante pueden revocar esta autorización mediante una solicitud por escrito. Si la revoca, no afectará la información que ya se haya divulgado antes de recibir la solicitud por escrito.

NUEVA DIVULGACIÓN: Una vez que se entregue esta información médica, es posible que la forma en que el destinatario la divulgue ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad (HIPAA). Los destinatarios de California deben obtener su autorización antes de volver a divulgar esta información.

Si solicita un formulario para completar, es posible que sustituyamos una versión estandarizada del formulario que proporcione la misma información solicitada o información similar.

Una copia de esta autorización tiene la misma validez que el original. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Fecha

Firma

Si no es el paciente, escriba su nombre y relación en letra de imprenta