

PATIENT NAME: \_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_

MEDICAL RECORD NUMBER: \_\_\_\_\_ PHONE #: \_\_\_\_\_

**RELEASE FROM HOLYOKE MEDICAL CENTER (HMC):** I authorize HMC to release my health information to:

**Name:** \_\_\_\_\_

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

**What to Release:** \_\_\_\_\_ **Dates of Service:** \_\_\_\_\_

Please include the following information:  Entire Record, **OR** the following (check all that apply)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abstract (Provider notes, test results)                          | <input type="checkbox"/> Operative Reports  |
| <input type="checkbox"/> Lab results <input type="checkbox"/> Pathology Reports           | <input type="checkbox"/> Work Connection (OHS / OHC / EHP)  |
| <input type="checkbox"/> Radiology Reports (X-Ray, MRI CT) <input type="checkbox"/> Films | <input type="checkbox"/> Behavioral Health  |
| <input type="checkbox"/> Cardiology / EKG Reports   | <input type="checkbox"/> Inpatient <input type="checkbox"/> PHP / IOP <input type="checkbox"/> Outpatient |
| <input type="checkbox"/> Discharge Summary <input type="checkbox"/> Other _____           |   |

**Purpose of Request:**  Continuity of Care  Legal  Personal  Other: \_\_\_\_\_

**RELEASE TO HMC:** I authorize \_\_\_\_\_ to release my health information to:  
Holyoke Medical Center, Attention Dept. \_\_\_\_\_ 575 Beech St., Holyoke, MA 01040 FAX: 413-534-2618

**What to Release:** \_\_\_\_\_ **Dates of Service:** \_\_\_\_\_

Please include the following information:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abstract (Provider notes, test results)                                   | <input type="checkbox"/> Behavioral Health  |
| <input type="checkbox"/> Discharge/Transfer Summary  | <input type="checkbox"/> Psychosocial Assessment <input type="checkbox"/> Medication Management Information         |
| <input type="checkbox"/> Radiology Reports <input type="checkbox"/> Films                          | <input type="checkbox"/> Treatment Plan/Progress <input type="checkbox"/> Presence/Progress/Participation Treatment |
| <input type="checkbox"/> Operative Reports <input type="checkbox"/> Laboratory & Pathology Reports | <input type="checkbox"/> Admission & Discharge note for hospitalization (dates) _____                               |
| <input type="checkbox"/> Other _____   |   |
| <input type="checkbox"/> Other _____   |   |

**Purpose of Request:**  Continuity of Care  Legal  Personal  Other: \_\_\_\_\_

**RELEASE OF PRIVILEGED INFORMATION:**

\_\_\_\_ (Initials) **HIV/AIDS:** I hereby authorize release of protected health information pertaining to HIV testing and/or diagnosis and/or treatment related to Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) only to the person or organization named above and only for the purpose name above.

\_\_\_\_ (Initials) **GENETIC TESTING:** I hereby authorize release of protected health information pertaining to genetic test results only to the person or organization named above and only for the purpose name above.

\_\_\_\_ (Initials) **ALCOHOL and DRUG TREATMENT:** I hereby authorize release of treatment records of a licensed drug and alcohol treatment program to the person or organization named above and only for the purpose name above. I also understand that my Alcohol and Drug Abuse Records cannot be re-disclosed without my express authorization.

\_\_\_\_ (Initials) **INPATIENT PSYCHIATRIC RECORDS OR RECORDS OF A PSYCHOLOGIST OR PSYCHOTHERAPIST:** I hereby authorize release of psychiatric treatment records, and/or records of a psychologist or psychotherapist only to the person or organization named above and only for the purpose name above.

\_\_\_\_ **Domestic violence abuse counselor records**      \_\_\_\_ **Social service records**      \_\_\_\_ **Sexual assault counselor records**  
\_\_\_\_ **Sexually transmitted disease records**

**INDIVIDUAL RIGHTS:** I understand the following:

- I have the right to revoke this authorization at any time.
- If I revoke this authorization I must do so in writing to the attention of the Medical Records Dept, HMC, 575 Beech St., Holyoke, MA 01040, or must contact the party whom I had authorized to release the information, if other than HMC.
- My right to revoke does not apply to information already released on the basis of this authorization.
- The privacy of my health records is protected under "HIPAA," 45 CFR, pts 160 & 164, and the privacy of any alcohol and/or drug treatment records are also protected under the Federal Confidentiality & Drug Abuse Records regulations, 42 CFR, pt 2.
- I understand that Holyoke Medical Center cannot guarantee that the Recipient will not re-disclose my health information to anyone else.
- There may be a charge for providing copies of medical records.

**Expiration Date:** This authorization will expire in one year unless revoked or otherwise specified to be the following date, event or condition:

(person's initials) \_\_\_\_\_ Conclusion of this Treatment Episode      (person's initials) \_\_\_\_\_ Other: \_\_\_\_\_

**Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**If not signed by person served, specify relationship:**  Parent  Legal Guardian/Designee  Holyoke Medical Center

**AUTHORIZATION TO USE AND DISCLOSE  
PROTECTED HEALTH INFORMATION**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

NUMERO DE RECORD MEDICO: \_\_\_\_\_ TEL #: \_\_\_\_\_

**PERMISO DEL HOLYOKE MEDICAL CENTER (HMC):** Yo autorizo al HMC a divulgar mi información de salud a:

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Qué a Divulgar:** \_\_\_\_\_ *Fechas de Servicio:* \_\_\_\_\_

Favor de incluir la información siguiente:  Expediente completo, **O** lo siguiente (marque todo lo que aplique)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abstracto (notas del proveedor, resultados de pruebas)                    | <input type="checkbox"/> Reportes Operativos  |
| <input type="checkbox"/> Resultado de laboratorio <input type="checkbox"/> Resultados de Patología | <input type="checkbox"/> Work Connection (OHS / OHC / EHP)  |
| <input type="checkbox"/> Reportes de Radiología (Rayos-X, MRI CT) <input type="checkbox"/> Placas  | <input type="checkbox"/> Salud en Conducta  |
| <input type="checkbox"/> Cardiología / Reportes de EKG   | <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> PHP / IOP <input type="checkbox"/> Ambulatorios |
| <input type="checkbox"/> Sumario de Alta <input type="checkbox"/> Otro _____                       |   |

**Propósito de la Solicitud:**  Continuidad de Cuidado  Legal  Personal  Otro: \_\_\_\_\_

**PERMISO PARA EL HMC:** yo autorizo \_\_\_\_\_ el divulgar mi información de salud al:

Holyoke Medical Center, Attention Dept. \_\_\_\_\_ 575 Beech St., Holyoke, MA 01040 FAX: 413-534-2618

**Qué a Divulgar:** \_\_\_\_\_ *Fechas de Servicio:* \_\_\_\_\_

Favor de incluir la información siguiente:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abstracto (notas del proveedor, resultados de pruebas)                           | <input type="checkbox"/> Salud en Conducta   |
| <input type="checkbox"/> Sumario de Alta / Transferido  | <input type="checkbox"/> Evaluación Psicosocial <input type="checkbox"/> Información de Manejo de Medicación               |
| <input type="checkbox"/> Reportes de Radiología <input type="checkbox"/> Placas                           | <input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento/Progreso <input type="checkbox"/> Tratamiento Presente/Progreso/Participación |
| <input type="checkbox"/> Reportes Operativos <input type="checkbox"/> Reportes de Laboratorio & Patologis | <input type="checkbox"/> Admisión & De Alta nota para hospitalización (fechas) _____                                       |
| <input type="checkbox"/> Otro _____   |  |
| <input type="checkbox"/> Otro _____   |  |

**Propósito de la Solicitud:**  Continuidad de Cuidado  Legal  Personal  Otro: \_\_\_\_\_

**PERMISO PARA INFORMACION PRIVILEGIADA:**

\_\_\_\_ (Iniciales) **VIH/SIDA:** Yo por este medio autorizo la divulgación de información de salud protegida relacionada a la prueba de VIH y/o diagnóstico y/o tratamiento relacionado al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) solamente a la persona u organización nombrada arriba y solamente para el propósito arriba nombrado.

\_\_\_\_ (Iniciales) **PRUEBA GENETICA:** Yo por este medio autorizo la divulgación de información de salud protegida de mis resultados de pruebas genéticas solamente a la persona u organización nombrada arriba y solamente para el propósito arriba nombrado.

\_\_\_\_ (Iniciales) **TRATAMIENTO DE ALCOHOL Y DROGAS:** Yo por este medio autorizo la divulgación de información de expedientes de tratamiento de un programa licenciado para drogas y alcohol a la persona u organización nombrada arriba y solamente para el propósito arriba nombrado. Yo además entiendo que mis Expedientes de Alcohol y Abuso a Drogas no van a ser nuevamente divulgados sin mi expresa autorización.

\_\_\_\_ (Iniciales) **EXPEDIENTES DE HOSPITALIZACION SIQUIATRICA O EXPEDIENTES DE UN PSICOLOGO O PSICOTERAPEUTA:** Yo por este medio autorizo la divulgación de expedientes de tratamiento psiquiátrico, y/o expedientes de un psicólogo o psicoterapeuta solamente a la persona u organización nombrada arriba y solamente para el propósito arriba nombrado.

\_\_\_\_ **Expedientes del consejero de abuso de violencia doméstica** \_\_\_\_\_ **Expedientes de servicios sociales**

\_\_\_\_ **Expedientes del consejero de alto riesgo sexual** \_\_\_\_\_ **Expedientes de enfermedades sexualmente transmitidas**

**DERECHOS DEL INDIVIDUO:** Yo entiendo lo siguiente:

- Yo tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento.
- Si yo revoco esta autorización yo debo hacerlo por escrito y la atención del Departamento de Expedientes Médicos, HMC, 575 Beech St., Holyoke, MA 01040, o debo comunicarme con el partido a quien yo he autorizado a divulgar la información, si es otro que el HMC.
- Mi derecho de revocar no aplica a la información ya divulgada en base de esta autorización.
- La privacidad de mis expedientes de salud está protegida bajo el "HIPAA", 45 CFR, pts 160 & 164, y la privacidad de cualquier expediente de tratamiento de alcohol y/o drogas está también protegida bajo la regulación Federal de Confidencialidad & Expedientes de Abuso a Drogas, 42 CFR, pt 2.
- Yo entiendo que el Holyoke Medical Center no puede garantizar que el Recipiente no re-divulgue mi información de salud a nadie más.
- Puede haber un cargo por proveer copias de expedientes médico.

**Fecha de Expiración:** Esta autorización expirará en un año a menos que sea revocada o de otra manera especificada ser en la siguiente fecha, evento o condición:

(iniciales de la persona) \_\_\_\_\_ Conclusion de este Episodio de Tratamiento (iniciales de la persona) \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **fecha:** \_\_\_\_\_

**Si no firmado por la persona servida, especifique su relación:**  Padre  Guardián Legal / Designado

Holyoke Medical Center

**AUTHORIZATION TO USE AND DISCLOSE  
PROTECTED HEALTH INFORMATION**