



Authorization to Use and Disclose Protected Health Information

Authorization to release the protected health information of:			
Patient Name:		MRN (office use Only):	
Current Address:	City:	State:	Zip:
Phone Number: ()		Date of Birth: / /	
This authorization is to release the protected health information to:			
Name:		Phone Number: ()	
Address:	City:	State:	Zip:
Deliver by: <input type="checkbox"/> In Person <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> By Phone <input type="checkbox"/> Fax — Fax Number: () <input type="checkbox"/> Secure Email — Email Address:			
This authorization is to release the protected health information from:			
Facility Name/Provider:		Phone Number: ()	
The purpose of this disclosure is:			
Dates of service requested:			
Release the following information:			
<i>Patient Health Information:</i>			
<input type="checkbox"/> Discharge Summary	<input type="checkbox"/> Pathology Report(s)		
<input type="checkbox"/> History & Physical	<input type="checkbox"/> Radiology Report(s)		
<input type="checkbox"/> Operative Report(s)	<input type="checkbox"/> Lab Report(s)		
<input type="checkbox"/> Consultations	<input type="checkbox"/> Progress Notes		
<input type="checkbox"/> Treatment Plan(s)			
<input type="checkbox"/> Other Protected Health Information as specified:			
<i>Financial:</i>			
<input type="checkbox"/> Itemized Billing Statement	<input type="checkbox"/> Financial Information		
This Authorization will remain in effect:			
<input type="checkbox"/> From the date of this Authorization or until the following event occurs: _____			
Unless otherwise noted above this authorization will remain in effect 180 days from the date signed.			

I understand that:

- Once "this facility" discloses my health information by my request, it cannot guarantee that the Recipient will not re-disclose my health information to a third party. The third party may not be required to abide by this Authorization or applicable federal and state law governing the use and disclosure of my health information.
- I may make a request in writing at any time to "this facility" to inspect and/or obtain a copy of my health information maintained at this facility as provided in the Federal Privacy Rule 45 CFR § 164.524.
- This Authorization will remain in effect until the Authorization expires or I provide a written notice of revocation to the Saltzer. If I revoke this Authorization, Saltzer may not be able to reverse the use of disclosure of my health information while the Authorization was in effect.
- I may refuse to sign or may revoke this Authorization at any time for any reason and that such refusal or revocation will not affect the commencement, continuation or quality of "this facility" treatment of me, enrollment in the health plan, or eligibility for benefits.
- If I have questions about disclosure of my health information, I can contact Saltzer or call (208) 463-3000.
- Si lo solicita, se le proveerá un servicio de interpretación gratis. Hable con un empleado del hospital para solicitarlo.
- If requested, we will provide you a free interpretation service. Talk to an employee of the facility to apply.

Signature of Patient or Personal Representative:	Date:
If Signed by Personal Representative, Relationship:	Signature of Witness (optional):

* Please note: If you choose to return this form via mail, you will need to provide your own postage.

Autorización para usar y divulgar información de salud protegida

Authorization to Use and Disclose Protected Health Information

Autorización para divulgar la información protegida de salud de: Authorization to release the protected health information of:			
Nombre del paciente (Patient Name):		MRN:	EMPI:
Dirección Actual Current Address		Ciudad City	Estado State Código postal Zip
Número de teléfono Phone Number ()		Fecha de nacimiento Date of Birth / /	
Esta autorización es para divulgar la información protegida de la salud para: This authorization is to release the protected health information to:			
Nombre: Name		Número de teléfono ()	
Dirección Actual Current Address		Ciudad City	Estado State Código postal Zip
Entregado (Deliver by): <input type="checkbox"/> En persona (In person) <input type="checkbox"/> Por correo (Mail) <input type="checkbox"/> Por fax (Fax) Número de fax: <input type="checkbox"/> Correo electrónico seguro (Secure Email) Dirección de correo seguro (Secure Email Address):			
Esta autorización es para divulgar la información protegida de la salud de: This authorization is to release the protected health information from:			
Nombre de la instalación/ proveedor (Facility Name/Provider)		Número de teléfono ()	
Dirección Actual Current Address		Ciudad City	Estado State Código postal Zip
El propósito de esta divulgación es: The purpose of this disclosure is:			
Fechas de servicio solicitado: Dates of service requested:			
Divulgación de la siguiente información: Release the following information:			
<input type="checkbox"/> Resumen de alta <input type="checkbox"/> Informe(s) de Patología <input type="checkbox"/> Contacto para servicios de transportación no-urgente <input type="checkbox"/> Historia & Chequeo médico <input type="checkbox"/> Informe(s) de Radiología <input type="checkbox"/> Valoración de Salud Conductual al Ingreso <input type="checkbox"/> Consulta(s) <input type="checkbox"/> Informe(s) de Laboratorio <input type="checkbox"/> Resumen de Salud Conductual al Alta <input type="checkbox"/> Informe(s) Operativo(s) <input type="checkbox"/> Informe(s) de Cardiología <input type="checkbox"/> Informes de terapia de salud mental <input type="checkbox"/> Notas de progreso <input type="checkbox"/> Plan(es) de tratamiento <input type="checkbox"/> Informe(s) de emergencias <input type="checkbox"/> Registros de tratamiento por trastorno de sustancias adictivas <input type="checkbox"/> Otra información protegida de salud según se especifica: _____ <input type="checkbox"/> Resumen de facturación detallada <input type="checkbox"/> Información financiera			
Esta autorización permanecerá en efecto: This Authorization will remain in effect:			
<input type="checkbox"/> Desde la fecha de esta autorización hasta (From the date of this Authorization until): _____ <div style="text-align: center;"> A menos que se indique lo contrario, esta autorización permanecerá en vigor 180 días desde la fecha de firma. <small>Unless otherwise noted above this authorization will remain in effect 180 days from the date signed.</small> </div>			

Entendido que:

- Una vez que "*esta instalación*" divulgue mi información de salud por mi solicitud, no puede garantizar que el destinatario no divulgue mi información de salud a un tercero. El tercero puede no tener la obligación de acatar esta Autorización o leyes federales y estatales que regulan el uso y la divulgación de mi información de salud.
- Yo puedo hacer una solicitud por escrito en cualquier momento a "*esta instalación*" para inspeccionar u obtener una copia de mi información de salud mantenida en ese centro según lo dispuesto en el Reglamento de Privacidad Federal 45 CFR § 164.524.
- Esta autorización permanecerá en efecto hasta que expire la autorización o yo proporcione una notificación escrita de revocación al Departamento de información de la salud/registros médicos. Si revoco esta Autorización, Intermountain Healthcare puede no ser capaz de revertir el uso de la divulgación de mi información de salud mientras que la Autorización era válida.

Para utilizar si la instalación pide esta autorización:

Entiendo que:

- Puedo negarme a firmar o puedo revocar esta Autorización en cualquier momento, por cualquier razón y que tal denegación o revocación no afectará el comienzo, continuación o calidad de mi tratamiento en "*esta instalación*", inscripción en el plan de salud o elegibilidad para beneficios.
- Los Registro(s) de tratamiento por trastorno de sustancias adictivas por el Reglamento Federal 42, CFR, parte 2. La firma del menor y el padre o tutor se requieren antes de divulgar los registros de tratamiento de alcoholismo y/o farmacodependencia de un menor.

Si tengo preguntas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo contactar al Departamento de información de la salud/registros médicos.

Firma del paciente o representante legal:	Fecha:
Si es firmado por el Representante Legal, su autoridad:	Firma del testigo (opcional):

