



Patient Authorization
For Mercy Community Healthcare to
Release Protected Health Information to Third Parties

By signing this **AUTHORIZATION**, I am permitting Mercy Community Healthcare to use or disclose to me or the organization I designate, the following commonly requested types of individually identifiable health information regarding me/my child:

- All vaccination information
- Medication administration instruction forms for school usage
- Prepared camp health forms
- College health admission forms
- Sports participation forms
- WIC forms
- School and work excuses
- All genetic testing and results
- Head Start forms

If signed by the patient, this form will not expire unless Mercy Community Healthcare receives a Revocation of Authorization form signed by the patient. If signed by a Parent or Legal Guardian, this form will not expire until the patient's 18th birthday unless Mercy Community Healthcare receives a Revocation of Authorization form.

When my/my child's information is used or disclosed pursuant to this authorization, it may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected by the federal HIPAA Privacy Rule. I have the right to revoke this authorization in writing except to the extent that Mercy Health Services has acted in reliance upon this authorization. My written revocation must be submitted to Mercy Community Healthcare's Privacy Officer at 1113 Murfreesboro Road, Suite 319, Franklin, TN 37064.

Patient Name (Print): _____ **Date of Birth:** _____

Signature of Patient/Legal Guardian: _____ **Date:** _____



Autorización del Paciente
Para Mercy Community Healthcare para
Divulgar Información de Salud Protegida a Terceros

Al firmar esta **AUTORIZACIÓN** estoy permitiendo que Mercy Community Healthcare pueda usar o divulgar a mí o a la organización que yo designe los siguientes tipos de información de salud comúnmente solicitados sobre mí / mi hijo:

- Toda la información de vacunación
- Formularios de salud para ingreso a la Universidad
- Formularios de salud para campamentos
- Formularios de WIC
- Todas las pruebas genéticas y sus resultados
- Formularios para participación en Deportes
- Excusas para la escuela y el trabajo
- Formularios para Head Start
- Formularios de administración de medicamentos e instrucciones para su uso en horas de escuela

Si es firmado por el paciente, este formulario no vencerá a menos que Mercy Community Healthcare reciba una Revocación de Autorización firmada por el paciente. Si es firmado por un padre o tutor legal, este formulario no vencerá hasta que el paciente cumpla los 18 años a menos que Mercy Community Healthcare reciba una Revocación de Autorización.

Cuando la información mía y / o de mi hijo es usada o divulgada de acuerdo con esta autorización, podría ser sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y podría no estar protegida por la Ley Federal de Privacidad de HIPAA. Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito, excepto en la medida que Mercy Community Healthcare haya actuado basándose en esta autorización. Mi revocación escrita debe ser presentada al Oficial de Privacidad de Mercy Community Healthcare en 1113 Murfreesboro Road. Suite 319, Franklin, TN 37064.

Nombre del Paciente (letra de molde): _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Firma del Paciente/Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____