



Authorization to Release or Receive Protected Health Information

I hereby authorize Mercy Community Healthcare to release or receive medical, psychiatric, psychological or social service information from my/my child's records. The release of alcohol and drug testing/history, STD or HIV testing/history, genetic testing, and psychotherapy notes is prohibited unless I specifically authorize below.

Mercy Community Healthcare is authorized to **RELEASE** or **RECEIVE** the following information as requested:

Medical						
Yes	No	Information		Yes	No	Information
		All Medical Records				STD/HIV Records
		Specific Date of Service				Genetic Testing
		Immunization Records				Drug Records
		Other: _____				Alcohol Records

Behavioral Health						
Yes	No	Information		Yes	No	Information
		Psychiatric/Psychological Evaluation				Treatment Plan
		Verbal/Written Progress Notes				Diagnosis/Evaluation
		Assessment/Testing Information				Discharge Summary
		Case Summary/Updates				Other: _____

To/From the following Provider or Person: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Phone: _____ Fax: _____

I understand I may revoke this authorization at any time by completing a "Revocation of Authorization" form (can be obtained from the Privacy Officer). I understand that revoking my/my child's records does not apply to records that have been disclosed previously. If not revoked, this authorization will terminate on the date that I am or my child is no longer a patient of Mercy Community Healthcare.

Patient Name (Printed)

Date of Birth

Patient/Legal Guardian Signature

Relationship to Patient

_____ Signature of MCH Witness _____ Date
--



Autorización para Divulgar o Recibir Información de Salud Protegida

Por este medio autorizo que Mercy Community Healthcare pueda divulgar o recibir información médica, psiquiátrica, psicológica o de servicios sociales de mis registros o los de mi hijo(a). Se prohíbe divulgar pruebas o historia de alcohol y drogas, pruebas o historia de ETS o VIH, pruebas genéticas y notas de psicoterapia a menos que yo autorice a continuación.

Mercy Community Healthcare está autorizado **DIVULGAR** o **RECIBIR** la siguiente información cuando se solicite:

Médica						
Sí	No	Información		Sí	No	Información
		Todos los Registros Médicos				Registros de ETS/VIH
		Fecha Específica del Servicio				Pruebas Genéticas
		Registros de Vacunación				Registros de Drogas
		Otro: _____				Registros de Alcohol

Salud Mental						
Sí	No	Información		Sí	No	Información
		Evaluación Psiquiátrica/Psicológica				Plan de Tratamiento
		Notas de Progreso Verbales/Escritas				Diagnóstico/Evaluación
		Información de Evaluaciones/Pruebas				Resumen de Alta Médica
		Resumen y Actualizaciones del Caso				Otro: _____

Para/De la siguiente Persona o el siguiente Proveedor: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento completando un formulario de "Revocación de Autorización" (se puede obtener este formulario del Oficial de Privacidad). Entiendo que la revocación de mis registros o los de mi hijo(a) no aplica a los registros que hayan sido divulgados anteriormente. Si no se revoca, esta autorización terminará a partir de la fecha que yo/mi hijo(a) ya no sea paciente de Mercy Community Healthcare.

Nombre del Paciente (Letra de Molde)

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente/Tutor Legal

Relación al Paciente

_____ Firma del Testigo de MCH _____ Fecha
