



**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF
PROTECTED HEALTH INFORMATION**

Please complete all sections of this
form
Apply Patient Label

Below are a number of questions we need answered in order to release your Protected Health Information (PHI). The form also includes information about your rights related to the release of PHI. Please complete all areas on the form and if you have questions, please contact the Health Information Management Department (Medical Records at 602-933-1490 Option 1).

Patient's Information			
Patient Name _____		Date of Birth _____	Phone Number _____
Address _____		City _____	State _____ Zip _____
I authorize the information to be disclosed by: PHOENIX CHILDRENS HOSPITAL Individual/Entity Name: 1919 E THOMAS ROAD PHOENIX, AZ 85016 Address: 602-933-1490 602-933-2469 Phone: Fax: Email: himrecordrequests@phoenixchildrens.com		I authorize the information to be disclosed to: Who are the records being released to? Individual/Entity Name: _____ Address: _____ Phone: _____ Fax: _____ Email: _____	

Purpose of the release is: Continued Medical Care Disability Attorney's Office Personal Use of Records School Insurance Other (state reason): _____

Type of Records (MUST COMPLETE BELOW) What types of visits are you looking for?
 Cardiology Clinic Arizona Pediatric Eye Specialists Urology Clinic Pediatric Surgeons of Phoenix
 Plastic Surgery Phoenix Children's Primary Care Hospital/Clinics Emergency Department/Urgent Care

Date(s) of Service: What date(s) are the visits you are looking for? (if unsure of exact date, month and year or a date range are acceptable.

Type of Documents to be Released: What documents are being requested?

<input type="checkbox"/> Discharge Summary <input type="checkbox"/> History & Physical Report <input type="checkbox"/> Operative Report <input type="checkbox"/> Emergency Department Report <input type="checkbox"/> Progress Notes <input type="checkbox"/> Pathology Report <input type="checkbox"/> Laboratory Reports <input type="checkbox"/> Immunization Record	<input type="checkbox"/> Consultations (indicate physician) _____ <input type="checkbox"/> Radiology & Other Diagnostic Reports <input type="checkbox"/> Radiology & Other Diagnostic Images <input type="checkbox"/> EKG Reports <input type="checkbox"/> Billing Statements <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> Specific Physician: _____
--	--

I understand that the above health records may include information which requires specific permission for release. I authorize the provider to use or disclose information related to **(check and initial all that apply)**.

	Yes	No	N/A	Initials
Sexually Transmitted Disease (STD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Human Immunodeficiency Virus (HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Other Communicable Diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Psychiatric Care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Psychology	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Neuropsychology	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Genetic Information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alcohol and/or Drug Abuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Is there sensitive information in the records being requested?
 Mark "Yes" if it is OK to release
 Mark "No" if not OK to release
 Mark "NA" if Not Applicable





AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

Apply Patient Label

Notice: Phoenix Children’s Hospital and many other organizations and individuals such as physicians, hospitals, and health plans are required by law to keep your health information confidential. If you have authorized the disclosure of your health information to someone who is not legally required to keep it confidential, it may no longer be protected by state and federal confidentiality laws.

My Rights: I understand that this authorization is voluntary. Treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits may not be conditioned on signing this authorization. I may revoke this authorization at any time, with some exceptions, provided that I do so in writing and submit the request to Medical Records. The revocation will take effect when Phoenix Children’s Hospital receives it, except to the extent that Phoenix Children’s Hospital or others have already relied on it. For more detailed information on when I can and cannot revoke this Authorization, I can read the Phoenix Children’s Hospital Notice of Privacy Practices. I am entitled to receive a copy of this Authorization.

Expiration of Authorization: Unless otherwise revoked, this authorization will expire on the following date, event or condition: _____ . If I fail to specify an expiration date, event or condition, this authorization **will expire automatically six (6) months from the date signed.**

I understand the matters discussed on this form. I release Phoenix Children’s Hospital, its employees, agents, officers, directors and medical staff members from any legal responsibility or liability for the disclosure of the above information to the extent indicated and authorized herein.

Information to be released by (Please Choose **ONE**): Secure Email - Electronic (PDF) Patient Portal (FMH) Fax

Signature of Patient or Legally Authorized Representative

Date & Time

Printed Name of Patient or Legally Authorized Representative (LAR)

Relationship to Patient

After Completing the Above Information, please fax, email or mail this form to:

**Phoenix Children’s Hospital/Attn: ROI
1919 E. Thomas Rd Phoenix, AZ 85016
FAX: 602-933-2469**

Email: HIMRecordRequests@phoenixchildrens.com

For PCH Use only:	
Completed by Employee & Department: _____	Date/Time: _____
<input type="checkbox"/> Requester ID Verified	<input type="checkbox"/> Request entered in ROI Software
Medical Record Number _____	Account Number _____



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Complete todas las secciones

Apply Patient Label

Necesitamos que responda las preguntas que leerá a continuación para poder divulgar la información protegida de su salud (IPS). Este documento también contiene información sobre sus derechos referentes a la divulgación de la información protegida de su salud. Complete todo el formulario y si tiene alguna duda, comuníquese con el Departamento de Gestión de Información de Salud (Historias Clínicas: al 602-933-1490, opción 1).

Información del paciente

Nombre del paciente Fecha de nacimiento Número de teléfono

Dirección Ciudad Estado Código postal

Autorizo que la siguiente entidad divulgue la información:

PHOENIX CHILDREN'S HOSPITAL

Nombre de la persona o entidad:

1919 E THOMAS ROAD PHOENIX, AZ 85016

Domicilio:

602-933-1490

602-933-2469

Teléfono:

Fax:

Correo electrónico: himrecordrequests@phoenixchildrens.com

Autorizo que se divulgue la información a:

¿A quién van dirigidos los documentos solicitados?

Nombre de la persona o entidad:

Domicilio:

Teléfono:

Fax:

Correo electrónico:

Propósito de revelar la información: [] Seguimiento médico [] Discapacidad [] Despacho de abogado [] Uso personal [] Escuela [] Compañía de seguro [] Otros (indique el motivo):

Tipo de historias clínicas (DEBE INDICAR A CONTINUACIÓN) ¿A qué consultas corresponden los documentos solicitados?

- [] Clínica de Cardiología [] Oculistas pediátricos de Arizona [] Clínica de Urología [] Cirujanos pediátricos de Phoenix [] Cirugía plástica [] Centros de Atención Médica Primaria de Phoenix Children's [] Hospital/Clínicas [] Departamento de Emergencias/Urgencias

Fechas de servicio: ¿Indique las fechas de esas consultas?(si no las sabe, escriba el mes y el año o el período en el cual piensa que lo atendieron)

Tipo de documentos que se divulgará: ¿Qué documentos solicita?

- [] Resumen del alta [] Consultas (indicar el nombre del médico) [] Antecedentes e informe físico [] Informes radiológicos y otros informes de diagnóstico [] Parte quirúrgico [] Radiografías y otras imágenes de diagnóstico [] Informe del departamento de emergencias [] Informes de electrocardiogramas [] Notas de evolución [] Estados de cuenta [] Informe de patología [] Otros: [] Informes de laboratorio [] Médico específico: [] Cartilla de vacunación

Entiendo que las historias clínicas mencionadas anteriormente podrían incluir información cuya divulgación exija autorización específica. Autorizo al profesional de la salud a usar o divulgar información referida a (marque y escriba sus iniciales en todas las opciones que correspondan).

Table with 5 columns: Disease/Condition, Sí, No, No corresponde, Iniciales. Rows include: Enfermedades de transmisión sexual (ETS), Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), Virus de inmunodeficiencia humana (VIH), Otras enfermedades contagiosas, Atención psiquiátrica, Psicología, Neuropsicología, Información genética, Alcoholismo o drogadicción.





**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR
INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD**

Apply Patient Label

Aviso: Por ley, Phoenix Children's Hospital y otras organizaciones y personas, tales como médicos, hospitales y planes de salud, están obligados a mantener confidencial la información de su salud. Si autoriza a divulgar la información de su salud a terceros que no están obligados por la ley a mantenerla confidencial, su información de salud podría dejar de estar protegida por las leyes de confidencialidad federales y del estado.

Mis derechos: Entiendo que esta autorización es voluntaria. La firma de esta autorización no condiciona de manera alguna el tratamiento, pago, inscripción o derecho a recibir prestaciones. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, con algunas excepciones, siempre que lo haga por escrito y presente la solicitud al Departamento de Historias Clínicas. La revocación entrará en vigor a partir del momento en que Phoenix Children's Hospital la reciba, pero no se aplicará a la información que Phoenix Children's Hospital o terceros ya hayan divulgado durante la vigencia de esta autorización. En el Aviso de Normas de Privacidad de Phoenix Children's Hospital, encontraré información detallada sobre cuándo puedo y no puedo revocar esta autorización. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Vencimiento de la autorización: A menos que se revoque de otra manera, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, situación o condición: _____. Si omito especificar una fecha de vencimiento, situación o condición, esta autorización **vencerá automáticamente seis (6) meses después de la fecha de su firma.**

Entiendo los temas tratados en este documento. Eximo a Phoenix Children's Hospital, sus empleados, agentes, funcionarios, directores y personal médico de toda responsabilidad u obligación legal por la divulgación de la información antes mencionada, dentro de los límites indicados y autorizados en este documento.

La información se divulgará mediante (elija **UNA**): Correo electrónico seguro - formato electrónico (archivo PDF)
 Portal de pacientes (Follow My Health) Fax

Firma del paciente o del representante legal

Fecha/hora

Nombre en letra de imprenta del paciente o representante legal

Relación del representante legal con el paciente

Luego de completar la información anterior, envíe este formulario por fax, correo electrónico o correo postal a:

**Phoenix Children's Hospital, Atención: ROI
1919 E. Thomas Rd. Phoenix, AZ 85016
FAX: 602-933-2469**

Correo electrónico: HIMRecordRequests@phoenixchildrens.com

For PCH Use only:

Completed by Employee & Department: _____ Date/Time: _____

Requester ID Verified Request entered in ROI Software

Medical Record Number _____ Account Number _____