



AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PATIENT INFORMATION

Patient Name DOB SSN

Patient Address Phone number

I hereby authorize the use and disclosure of protected health information as described below. I also understand that if the person or organization authorized to receive this information is not a health plan or health care provider, the released information may be subject to redisclosure and may no longer be protected by the federal privacy regulations.

I voluntarily give my consent to St. Luke's Cornwall Hospital and its respective agents and employees
 Specify Other: _____:

to release this protected health information limited to the following specific items and dates of service:

Dates of Service _____ Inpatient* Emergency Room Other specify: _____

Dates of Service _____ Inpatient* Emergency Room Other specify: _____

Dates of Service _____ Inpatient* Emergency Room Other specify: _____

*Inpatient Select one: Abstract (Any Physician Reports, Labs, Radiology, EKG, etc. . .) Complete Record

Other: _____

I permit protected health information to be released only to the following person, agency or organization: Self (at above address) **or**

Name/Company: _____

Address: _____

City/State/Zip: _____

Fax: _____ **Phone:** _____

I permit this confidential information to be released only for the following reasons and purposes:

At the request of the patient **or** Specify reason: _____

I may revoke this authorization to release confidential information in writing, at any time except to the extent that action has already been taken. This authorization shall be effective only long enough to answer the purpose for which it is given and no further confidential information will be released without the execution of an additional written authorization. I understand that I am not required to give this consent and that I can refuse without any prejudice to my future treatment at St. Luke's Cornwall Hospital Center. This authorization will expire in 120 days from the date of signature below or in the event of death of the patient.

Patient's Signature* Patient Representative **Patient's Photo ID Attached**

Date Relationship

*If the patient is deceased, authorization may be made by Next of Kin or Executor of the Estate with proof and a copy of Death Certificate attached.

Copy requests are processed within 10 business days. There is a charge of \$0.36 per page to copy medical records. The copy charge will be waived for an abstract sent directly to a physician or other healthcare provider for continuity of care.

Requests for Radiology Films should be made directly to the Radiology Department (845) 568-2242 or (845) 458-4263

St. Luke's Cornwall Hospital, Attn: IOD, 70 Dubois Street, Newburgh, NY 12550 (845) 568-2520 Phone, (845) 568-2917 Fax

Note: This authorization is not sufficient for all types of record. Additional authorization is required to request:
 Mental Health Records OMH 11 HIV/AIDS Records DOH2557 Alcoholism/Drug Abuse Records TRS-2 & TRS-1

MRN: _____



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente _____ F. de N. _____ N.º de SS _____

Dirección del paciente _____ Número de teléfono _____

Por este medio autorizo el uso y la divulgación de información de salud protegida, tal como se describe a continuación. Entiendo además que, si la persona o la organización autorizada a recibir esta información no fuera un plan de salud ni un proveedor de atención médica, la información divulgada podría estar sujeta a posteriores divulgaciones, y podría no seguir protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Otorgo voluntariamente mi consentimiento a St. Luke's Cornwall Hospital y a sus respectivos agentes
 especifique otro _____
 para divulgar esta información de salud protegida, limitándose a los siguientes puntos y fechas de servicio específicos:

Fechas de servicio _____ Internación* Sala de urgencias Otros, especificar: _____

Fechas de servicio _____ Internación* Sala de urgencias Otros, especificar: _____

Fechas de servicio _____ Internación* Sala de urgencias Otros, especificar: _____

***Paciente internado Seleccione uno:** **Resumen** (todo informe médico, análisis de laboratorio, radiografías, ECG, etc...) **Registro completo**

Otro: _____

Permito la divulgación de información de salud protegida sólo a la siguiente persona, agencia u organización: **A mí mismo** (a la dirección que antecede)

Nombre/Compañía: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, C.P.: _____

Fax: _____ **Teléfono:** _____

Permito que esta información confidencial sea divulgada sólo por los siguientes motivos y propósitos:

A pedido del paciente **Especifique el motivo:** _____

Podré revocar esta autorización de divulgación de información confidencial por escrito, en cualquier momento, excepto con respecto a las acciones que ya se hayan realizado. Esta autorización estará vigente solamente durante el tiempo necesario para responder ante el propósito por el cual se otorga, y no se liberará más información confidencial sin la ejecución de una autorización adicional por escrito. Entiendo que no estoy obligado a otorgar este consentimiento, y que puedo rehusarme sin perjuicio de mi futuro tratamiento en St. Luke's Cornwall Hospital Center. Esta autorización vencerá 120 días después de la fecha de firma a continuación o en caso de fallecimiento del paciente.

Firma del paciente*

 Representante del paciente

ID con foto del paciente adjunta

Fecha

 Parentesco

*Si el paciente es fallecido, la autorización podrá hacerla su pariente más próximo o el albacea testamentario del patrimonio, presentando un comprobante y adjuntando una copia del certificado de defunción.

Las solicitudes de copia se procesan en un plazo de 10 días hábiles. La copia de registros médicos cuesta \$0.36 por página.
 El costo de las copias será exonerado en el caso de un resumen enviado directamente a un médico u otro proveedor de atención médica para la continuidad de la atención.

Las solicitudes de radiografías deberán hacerse directamente al Departamento de radiología por el (845) 568-2242 or (845) 458-4263

St. Luke's Cornwall Hospital, Attn.: IOD, 70 Dubois Street, Newburgh, NY 12550 (845) 568-2520 Teléfono, (845) 568-2917 Fax

Nota: esta autorización no es suficiente para todos los tipos de registro. Se necesita autorización adicional para solicitar:
 Registros de salud mental OMH 11 Registros de VIH/SIDA DOH2557 Registros de alcoholismo/abuso de drogas TRS-2 & TRS-1

N.º de RM: _____