



Authorization for Release of Health Information Pursuant to HIPAA

Patient Name _____ DOB _____ MRN _____
Patient Address _____ Phone number _____

I, or my authorized Representative authorize the release of my health information FROM:

- ☐ St. Luke's Cornwall Hospital and its respective agents and employees
☐ Specify Other: _____

I, or my authorized Representative authorize the release of my health information TO:

- ☐ Self (at above address)
☐ Other: write the name and address of the Person/Entity to whom this information will be sent to:

Name of Person/Entity: _____

Address: _____

City/State/Zip: _____

Fax: _____ **Phone:** _____

MEDICAL RECORD TO BE RELEASED- fill in information and check box that applies:

Dates of Service(s): from (insert date) _____ to (insert date) _____

- ☐ Entire Medical Record- excludes images
☐ Medical Record Abstract (History and Physical, Discharge Summary, Consults, ED Notes, Operative Report, Lab Results, Pathology, Radiology and other Diagnostic Testing Reports)
☐ Other: _____

Include: (Indicate by initialing)

- _____ Alcohol/Drug Treatment
_____ Mental Health Related Information
_____ HIV Related Information
_____ Genetic Testing Information

Please note, unless applicable line is initialized, we may be unable to process your request.

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 Montefiore St. Luke's Cornwall Hospital. This authorization will expire in 180 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 _____

Time _____

Relationship _____

Date Received at the Clinic/Facility

*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. Please contact us if a Next of Kin Affidavit form is needed. Copy requests are processed within 10 calendar days.

Requests for Radiology Films should be made directly to the Radiology Department (845) 568-2242 or (845) 458-4263
Please return completed form to: Montefiore St. Luke's Cornwall, Attn Medical Records, 70 Dubois Street, Newburgh, NY 12550
(845) 568-2520 Phone, (845) 568-2917 Fax



Autorización para divulgar información médica según la HIPAA

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Número de historia clínica _____

Dirección del paciente _____ Número de teléfono _____

Yo o mi representante autorizado autorizamos la divulgación de mi información médica DE:

☐ St. Luke's Cornwall Hospital y sus respectivos agentes y empleados

☐ Especifique otro: _____

Yo o mi representante autorizado autorizamos la divulgación de mi información médica A:

☐ A mí mismo (a la dirección mencionada anteriormente)

☐ Otro: Escriba el nombre y la dirección de la persona o entidad a la que se le enviará esta información.

Nombre de la persona o entidad: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, C. P.: _____

Fax: _____ **Teléfono:** _____

HISTORIA CLÍNICA A DIVULGAR: complete la información y marque la casilla que corresponda.

Fecha de los servicios: desde (indicar fecha) _____ hasta (indicar fecha) _____

☐ Historia clínica completa (sin imágenes)

☐ Extracto de la historia clínica (antecedentes y evaluación física, resumen del alta, consultas, notas del Departamento de Emergencias, informes de cirugías, resultados de laboratorio, informes de Patología o Radiología y otras pruebas diagnósticas)

☐ Otro: _____

Incluir: (indicar con las iniciales)

_____ Tratamiento por consumo de drogas/alcohol

_____ Información relacionada a la salud mental

_____ Información relacionada al VIH

_____ Información relacionada a pruebas genéticas

Tenga en cuenta que, si la línea correspondiente no tiene las iniciales, es probable que no podamos procesar su solicitud.

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

☐ A pedido del paciente o ☐ 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 Montefiore St. Luke's Cornwall Hospital. Esta autorización vencerá 180 días después de la fecha de la firma a continuación o en caso de fallecimiento del paciente.

Firma del paciente*

Representante del paciente

☐ **Identificación con foto del paciente adjunta**

Fecha

Hora

Relación

Date Received at the Clinic/Facility

*Si el paciente falleció, su pariente más próximo o el albacea testamentario del patrimonio podrá hacer la autorización, presentando un comprobante y adjuntando una copia del certificado de defunción. Contáctenos si necesita un formulario de declaración jurada de pariente más próximo. Las solicitudes de copia se procesan en un plazo de 10 días calendario.

Las solicitudes de radiografías deberán hacerse directamente al Departamento de Radiología al (845) 568-2242 o al (845) 458-4263.
Envíe el formulario completo a: Montefiore St. Luke's Cornwall, Attn Medical Records, 70 Dubois Street, Newburgh, NY 12550
(845) 568-2520 Teléfono, (845) 568-2917, Fax