



**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 \$0.05 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: CIOX, 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  
 (MSLC#3788 Alcohol/Drug Treatment and Mental Health Information and Confidential HIV/AIDS-related Information DOH-5032)

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  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 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 (MSLC#3788 Alcohol/Drug Treatment and Mental Health Information and Confidential HIV/AIDS-related Information DOH-5032)

N.º de RM: \_\_\_\_\_