



Health Information Department
 100 Medical Parkway – Denison, IA 51442
 Phone: 712-265-2550
 Fax: 712-265-2558
 Email: ccmhhim@ccmhia.com

AUTHORIZATION FOR RELEASE / RECEIVING MEDICAL INFORMATION

Patient Name: _____ Date of Birth: _____
 Address: _____
 _____ Phone: _____

I authorize Crawford Co. Memorial Hospital and the CCMH Medical Clinics:

to provide to the following: to receive from the following:

Name/Facility: _____ Phone: _____
 Address: _____ Fax: _____
 _____ E-mail: _____

Purpose of Disclosure: Self Legal Transfer of Care Continuation of Care Other

Date(s) of Service: _____

Information to be Disclosed:

History / Physical Exam	Rehab (OT, PT, ST)	Lab, X-Ray, EKG	Pathology Report
Operative Report	Emergency Room Report	Discharge Summary	Clinic Notes
Other (Please Specify)			

DISCLOSURES REQUIRING SPECIAL CONSENT:

HIV / AIDS Virus	Drug, Alcohol Abuse/Treatment*	Mental Health / Psychiatric Disorders** - Nature of mental health information to be disclosed:
------------------	--------------------------------	---

_____ Signature of Patient or Representative	_____ Relationship to Patient	_____ Date
_____ Signature of Witness		_____ Date

I hereby consent to the release of the above information which was obtained in the course of my diagnosis and treatment. I may refuse to sign this authorization or revoke this authorization at any time. Any revocation or refusal to sign this authorization will not affect my ability to obtain treatment or payment, or my eligibility for benefits. I understand if I do revoke this authorization I must do so in writing and present my written revocation to the Health Information Management Department. I understand that the revocation will not apply to any information that has already been released in response to this authorization. I have the right to inspect the disclosed information.

I understand that once the above information is disclosed it may be redisclosed by the recipient and information may not be protected by Federal/State privacy laws or regulations. Unless I authorize differently, this authorization will expire in six (6) months. Other patient specified date: _____.

* "This information has been disclosed to you from records protected by Federal confidentiality rules (42 CFR Part 2). The Federal rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR Part 2. A general authorization of the release of medical or other information in NOT sufficient for this purpose. The Federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient."

** "Disclosure of mental health information may only be made pursuant to the written authorization of an individual or an individual's legal representative, or as otherwise provided in Iowa Code Chapter 228. The authorized disclosure of mental health information is unlawful and may lead to civil and criminal penalties."

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR / RECIBIR INFORMACIÓN MÉDICA

Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Dirección: _____ **Teléfono:** _____

Yo autorizo Crawford Co. Memorial Hospital y : CCMH Medical Clinic

Proporcione lo siguiente: Recibido de lo siguiente:

Nombre/Instalación: _____ **Teléfono:** _____
Dirección: _____ **Fax:** _____
_____ **C.E.:** _____

Propósito de la divulgación: Propio Legal Transferencia de Atención Continuación de Atención Otro

Fecha(s) de Servicio: _____

Información que debe Divulgarse:

Historia / Examen físico	Rehabilitación (OT, PT, ST)	Laboratorio, Rayo X, ECG	Informe de Patología
Informe Operativo	Informe de la Sala de Emergencias	Resumen de Alta	Otro (Especificar)

DIVULGACIONES QUE REQUIEREN UN CONSENTIMIENTO ESPECIAL:

Virus VIH / SIDA Drogas, Abuso de Alcohol/Tratamiento *

Salud Mental / Trastornos Psiquiátricos **

- Naturaleza de la información de salud mental que debe divulgarse: _____

_____	_____	_____
Firma del paciente o representante	Relación con paciente	Fecha
_____	_____	_____
Firma del testigo		Fecha

Por la presente doy mi consentimiento a la divulgación de la información anterior que se obtuvo en el curso de mi diagnóstico y tratamiento. Puedo negarme a firmar esta autorización o revocar esta autorización en cualquier momento. Cualquier revocación o rechazo a firmar esta autorización no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o pago, ni mi elegibilidad para beneficios. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al Departamento de Administración de Información de Salud. Entiendo que una vez que la información anterior es revelada puede ser revelada de nuevo por el destinatario y la información puede no estar protegida por las leyes o regulaciones Federales/Estatales de privacidad. Al menos que autorizo de otra manera, esta autorización vencerá en seis (6) meses. Otra fecha especificada del paciente: _____.

**Esta información le ha sido divulgada de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que la divulgación adicional sea expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece o según lo permitido de otra manera por 42 CFR Parte 2. Una autorización general de la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este propósito. Las reglas Federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas".

***La divulgación de información de salud mental sólo puede hacerse de conformidad con la autorización escrita de un individuo o de su representante legal, o según lo dispuesto de otra manera en el Código de Iowa Capítulo 228. La divulgación autorizada de información de salud mental es ilegal y puede llevar a sanciones civiles y penales." Form # COM727A