

AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION

- ☐ Arrowhead Regional Medical Center (ARMC) 400 N. Pepper Ave., Colton, CA 92324
Phone: (909) 580-0060 Fax: (909) 658-3799
- ☐ Fontana Family Health Center (FFHC) 16888 Baseline Ave., Fontana, CA 92336
Phone: (909) 347-1654 Fax: (909) 347-1749
- ☐ McKee Family Health Center (MFHC) 1499 E. Highland Ave., San Bernardino, CA 92404
Phone: (909) 386-9796 Fax: (909) 883-1591
- ☐ Redlands Family Health Center (RFHC) 800 E. Lugonia Ave., Suite F, Redlands, CA 92374
Phone: (909) 798-8414 Fax: (909) 798-8425
- ☐ Westside Family Health Center (WFHC) 850 E. Foothill Blvd., Rialto, CA 92376
Phone: (909) 421-9499 Fax: (909) 421-9407

PATIENT INFORMATION

Patient Name: _____ SSN: _____

Medical Record Number: _____ DOB: _____

I would prefer to: (check one) ☐ **Have the information mailed**
☐ **Pick-up the requested information (for ARMC only)**

I hereby authorize Arrowhead Regional Medical Center or Family Health Center as indicated above to:
(check one) ☐ **Disclose my protected health information to:**
☐ **Obtain my protected health information from:**

Name: _____

Mailing Address (Including City, State and Zip Code): _____

Purpose: _____

INFORMATION TO BE DISCLOSED:

I hereby authorize the use or disclosure of the following protected health information:
(Check all that apply)

- | | | | |
|--|--|--|---|
| ☐ Discharge Summary | ☐ Operation Reports | ☐ Radiology Reports | ☐ Medications |
| ☐ Emergency Room | ☐ Pathology Reports | ☐ Billing Information | ☐ History and Physical |
| ☐ Laboratory Tests | ☐ Immunization | ☐ Clinic Notes | |
| ☐ Other: _____ | | | |

Date(s) of Service: _____ to _____

Highly Confidential PHI – By applying my initials next to a category of highly confidential information listed below, I specifically authorize the use and/or disclosure of the type of highly confidential information indicated, if any such information will be used or disclosed pursuant to this authorization:

_____ Mental Health Treatment Information (**Physician approval required prior to release**)

_____ Alcohol/Drug Treatment Information

_____ HIV Test Results (regardless of result)

_____ I have reviewed and discussed my HIV Test Results with my Care Provider ☐ Yes ☐ No



I understand that

- I may inspect or copy the protected health information described by this authorization.
- This authorization may be revoked in writing at any time, although revocation will not be effective as to the disclosure of records whose release I have previously authorized, or where other action has been taken in reliance on an authorization I have signed.
- Information used or disclosed pursuant to this authorization could be subject to re-disclosure by the recipient and, if so, may not be subject to federal or state law protecting its confidentiality.
- I understand that the recipient of my information shall not condition treatment, payment or eligibility for benefits on my providing authorization for the requested use or disclosure and that I may refuse to sign this authorization.
- I understand that recipient of my medical information may have the opportunity to obtain direct or indirect remuneration as a result of the information received by this authorization.

DATE & SIGNATURE

Date

Signature of patient or representative

Phone

Authority or relationship of representative

EXPIRATION DATE: This authorization will expire on [date]:

*(If no date stated, expiration is **six months** from the date it was signed.)*

Note: You will be provided a copy of this authorization if the authorization was requested by and for ARMC, FFHC, MFHC, RFHC or WFHC use.

This authorization form will be utilized for all requests for protected health information (PHI) for purposes other than Treatment, Payment or Operations (TPO). All requests for use or disclosure of patient information (PHI) requiring patient authorization must contain the requirements as listed on this form. This form complies with the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) Final Privacy Rule [45 CFR 160-164] and California state law as applicable.

Office Use Only

☐ ID Verified	☐ On-site Pickup	☐ Mailed - Date: _____	Staff Name _____
☐ Denied	Reason (Document all denials) _____		



AUTORIZACIÓN PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

- ☐ Centro Médico Regional Arrowhead (ARMC) 400 N. Pepper Ave., Colton, CA 92324
Teléfono: (909) 580-0060 Fax: (909) 658-3799
- ☐ Fontana-Centro de Salud Familiar (FFHC) 16888 Baseline Ave, Fontana, CA 92336
Teléfono: (909) 347-1654 Fax: (909) 347-1749
- ☐ McKee-Centro de Salud Familiar (MFHC) 1499 E. Highland Ave., San Bernardino, CA 92404
Teléfono: (909) 386-9796 Fax: (909) 883-1591
- ☐ Redlands-Centro de Salud Familiar (RFHC) 800 E. Lugonia Ave., Suite F, Redlands, CA 92374
Teléfono: (909) 798-8414 Fax: (909) 798-8425
- ☐ Westside-Centro de Salud Familiar (WFHC) 850 E. Foothill Blvd., Rialto, CA 92376
Teléfono: (909) 421-9499 Fax: (909) 421-9407

Nombre del Paciente: _____ Numero de Seguro Social: _____

Número del Expediente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Prefiero: (marque uno) ☐ **Enviar la información por correo**

Por lo presente autorizo a Arrowhead Regional Medical Center o Centro de Salud Familiar tal y como está indicado arriba a:

- (marque uno) ☐ **Revelar mi información médica protegida.**
☐ **Obtener mi información de salud protegida de:**

Nombre: _____

Domicilio (incluyendo ciudad, estado y zona postal): _____

Propósito: _____

Por la presente autorizo el uso o divulgación de la siguiente información de salud protegida: (Marque todo lo que corresponda)

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Resumen de Alta | ☐ Reportes de Operación | ☐ Reportes de Radiología |
| ☐ Medicamentos | ☐ Cuarto de Emergencia | ☐ Reportes de Patología |
| ☐ Datos de Facturas | ☐ Historial y Físico | ☐ Exámenes de Laboratorio |
| ☐ Inmunizaciones | ☐ Notas de Clínica | |
| ☐ Otro: _____ | | |

Fecha (s) de tratamiento: _____ al _____

Información altamente confidencial del historial del paciente – Al aplicar mis iniciales junto a una categoría de información altamente confidencial que se menciona a continuación, autorizo específicamente el uso y / o la divulgación del tipo de información altamente confidencial indicada, si tal información será utilizada o revelada de acuerdo con esta autorización.

_____ Información sobre tratamiento de salud mental (**Aprobación del médico antes de divulgar información**)

_____ Información sobre tratamiento de alcohol / drogas

_____ Resultados de examen del VIH (independientemente del resultado)

_____ He revisado y conversado los resultados de mi prueba de VIH con mi proveedor medico ☐ Sí ☐ No



Entiendo que

- Podré inspeccionar o copiar la información de salud protegida descrita por esta autorización.
- Esta autorización podrá ser revocada por escrito a cualquier hora, aunque la revocación no será efectiva con la divulgación de registros que ya han sido autorizados y entregados previamente, o cuando otra acción ya ha sido tomada en dependencia de una autorización que ya haya firmado.
- Información utilizada o divulgada conforme a esta autorización podría ser sujeta a re-divulgación por el destinatario y, si es así, no podrá ser sujeta a las leyes federales y estatales que protegen su confidencialidad.
- Entiendo que el destinatario de mi información no deberá condicionar tratamiento, pago o elegibilidad para beneficios en mi autorización suministrada para la solicitud para uso o divulgación y que podre rehusarme a firmar esta autorización.
- Entiendo que el recipiente de mi información médica deberá de tener la oportunidad de obtener remuneración directa o indirecta como resultado de la información obtenida por esta autorización.

Fecha

Firma del paciente o representante

Número de teléfono

Autoridad o relación del representante

FECHA DE EXPIRACION: Esta autorización expirara el (fecha):

*(Si no hay fecha establecida, la expiración será **seis meses** a partir de la fecha de la firma.)*

Nota: Se le proporcionará una copia de esta autorización si la autorización fue solicitada por y para el uso de ARMC, FFHC, MFHC, RFHC o WFHC.

Este formulario de autorización se utilizará para todas las solicitudes de información médica protegida (PHI) para fines distintos del tratamiento, pago u operaciones (TPO). Todas las solicitudes de uso o revelación de información del paciente (PHI) que requieran autorización del paciente deben contener los requisitos enumerados en este formulario. Este formulario cumple con la Directiva de Privacidad (HIPAA) Health Insurance Portability and Accountability Act y la ley estatal (45 CFR 160-164) de California según corresponda.

Office Use Only	
☐ ID Verified	☐ On-site Pickup ☐ Mailed - Date: _____ Staff Name _____
☐ Denied	Reason (Document all denials) _____

