MYRTUE Medical Center

Health Information Management
1213 Garfield Avenue
Harlan, Iowa 51537
Phone: 712-430-1312 / Fax: 712-755-2640
medicalrecords@myrtuemedical.org

Mental Health Center Authorization
Release of Protected Health Information and Verbal Disclosure

Nombre del Paciente_____ Fecha de Nacimiento_____

Dirección_____ Ciudad_____Estado_____ Zona Postal_____

Teléfono_____Nombre anterior/de soltera/o_____

1. Yo Autorizo al Centro Medico de Myrtue en liberar/dar información sobre mi **Salud Mental / Consumo de Sustancias** a:

Nombre_____ Dirección Ciudad / Estado / Zona Postal _____

Teléfono _____ Correo Electrónico_____

2. El propósito de dar o obtener información es para:

☐ Cuidado Continuo ☐ Personal ☐ Legal ☐ Aseguranza/Factura ☐ Otro (escriba)_____

☐ Para el trastorno por consumo de sustancias: Los procesos civiles, penales, administrativos y legislativos contra el paciente requieren una orden judicial, una citación o un mandato legal similar, a menos que el paciente o su representante autorizado firmen este formulario.

3. Información que puede debe ser revelada de:

a. Centro de Salud Mental.

☑ Comunicación: Verbal (en persona o telefóno incluyendo mensajes) y /o correo electrónico completado por el Centro de Salud Mental.

OR

b. Departamento de manejo de Información de Salud (HIM)

- **Dar Fecha(s) de servicios (fecha) _____a (esta fecha) _____**
  - ☐ Fechas de asistencia ☐ Records de Salud Mental ☐ Record de Abuse de Sustancias
  - ☐ Otro (lista) _____
- **Elija la forma que le gustaria que estos records sean dados:**
  - ☐Portal Mychart ☐ Correo electrónico:_____
  - ☐ Correo ☐ Lo recogeré en el Centro Medico de Myrtue.

4. Al firmar este formulario de autorización, entiendo que:

- El Requisito para copias de registros médico están sujetas a tarifas de producción de acuerdo con las regulaciones federales/estatales.
- Esta autorización es efectiva hasta la fecha en el calendario *___/___/_____ Sin embargo, no más de 1 año a partir de la fecha en que se firmó.
- Entiendo que tengo el derecho de revocar mi permiso en cualquier momento, excepto cuando el Centro Medico de Myrtue ya ha realizado una liberación con este formulario. La revocación debe representarse por escrito al Departamento de Manejamiento de Información de Salud.
- Tratamiento, pagos, inscripción o elegibilidad para beneficios no podrán estar condicionados a que yo firme esta autorización.
- Toda liberacion de información lleva la posibilidad de dar información no autorizada y esta información puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad.
- La Información liberada puede contener información sobre trastorno por consumo de sustancias, salud mental, enfermedades transmitidas sexualmente ,SIDA,VIH, o servicios pagados.
- Autorizo la liberacion de este formulario a la persona nombrada en este formulario.

Prohibición de volver a liberar registros de trastornos por consume de Substancias: Los registros de uso de Substancias están protegidos por la ley Federal que prohibe la liberacion no autorizada de estos registros. Si solicito, tengo derecho a recibir una lista de lugares que han recibido mi información or registros por consume de substancias.

_____ _____

Firma del Paciente o Representante Autorizado Escriba su Nombre

_____ _____

Fecha Relación con el Paciente (si corresponde)

Staff Use Only: Date Received_____ MRN_____ Released By _____ Released Date_____ Verified Driver's License ☐ ID Band Other _____

Permanent Part of the Medical Record; Dev. 07/25, Rev. 02/26, 05/26, 10/26

MYRTUE Medical Center

Health Information Management
1213 Garfield Avenue
Harlan, Iowa 51537
Phone: 712-430-1312 / Fax: 712-755-2640
medicalrecords@myrtuemedical.org

Mental Health Center Authorization
Release of Protected Health Information and Verbal Disclosure

ADICIÒN

Nombre del Paciente _____Fecha de Nacimiento _____
Dirección_____Ciudad_____ Estado_____ Zona Postal_____
Teléfono_____Nombre anterior/de soltera/o _____

1. Yo autorizo al Centro Medico de Myrtue en liberar /dar información sobre mi **Salud Mental / Consumo de Sustancias** a la persona **adicional** identificada a continuación.

Nombre_____ Dirección Ciudad /Estado / Zona Postal _____

Teléfono _____Correo Electrónico _____

2. El proposito de dar o obtener información es para:

☐ Cuidado Continuo ☐ Personal ☐ Legal ☐ Aseguranza/Factura ☐ Otro (escriba)_____

☐ Para el trastorno por consumo de sustancias: Los procesos civiles, penales, administrativos y legislativos contra el paciente requieren una orden judicial, una citación o un mandato legal similar, a menos que el paciente o su representante autorizado firmen este formulario.

3. Información que puede ser revelada con este documento y método de entrega:

a. Centro de Salud Mental.

☑ Comunicación: Verbal (en persona o telefóno incluyendo mensajes) y /o correo electrónico completado por el Centro de Salud Mental.

4. Al firmar este formulario de autorización, entiendo que:

- El Requisito para copias de registros médico están sujetas a tarifas de producción de acuerdo con las regulaciones federales/estatales
- Esta autorización es efectiva hasta la fecha en el calendario *___/___/_____ Sin embargo, no más de 1 año a partir de la fecha en que se firmó. Entiendo que esta **ADICIÒN** no alterará la fecha efectiva de esta autorización mas actual.
- Entiendo que tengo el derecho de revocar mi permiso en cualquier momento, excepto cuando el Centro Medico de Myrtue ya ha realizado una liberación con este formulario. La revocación debe representarse por escrito al Departamento de Manejamiento de Información de Salud.
- Tratamiento, pagos, inscripción o elegibilidad para beneficios no podrán estar condicionados a que yo firme esta autorización
- Toda liberacion de información lleva la posibilidad de dar información no autorizada y esta información puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad
- La Información liberada puede contener información sobre trastorno por consumo de sustancias, salud mental, enfermedades transmitidas sexualmente ,SIDA,VIH, o servicios pagados.
- Autorizo la liberacion de este formulario a la persona nombrada en este formulario.

Prohibición de volver a liberar registros de trastornos por consume de Substancias: Los registros de uso de Substancias están protegidos por la ley Federal que prohibe la liberacion no autorizada de estos registros. Si solicito, tengo derecho a recibir una lista de lugares que han recibido mi información or registros por consume de substancias.

_____ _____
Firma del Paciente o Representante Autorizado Escriba su Nombre

_____ _____
Fecha Relación con el Paciente (si corresponde)

Staff Use Only: Date Received _____ MRN _____ Released By _____ Released Date _____ Verified: Driver's License ☐ ID Band Other ____

Permanent Part of the Medical Record; Dev. 07/25, Rev. 02/26, 05/26, 10/26