South Central Public Health District

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION

Burley Office
2311 Parke Ave., Unit 4
Burley, ID 83318
208-678-8221
Fax: 208-678-7465
WIC: 208-678-8608

Gooding Office
255 North Canyon Dr.
Gooding, ID 83330
208-934-4477
Fax: 208-934-8558

Bellevue Office
117 E. Ash St.
Bellevue, ID 83313
208-788-4335
Fax: 208-788-0098

Jerome/Shoshone Office
951 East Ave. H
Jerome, ID 83338
208-324-8838
Fax: 208-324-9554
WIC: 208-324-1323

Twin Falls Office
1020 Washington St. N.
Twin Falls, ID 83301-3156
208-737-5900
Fax: 208-736-3009

Date: _____

This document authorizes the release of medical information regarding _____
(Client's full name)

DOB: _____ to be released from: _____
(Name of Medical Provider)

_____ _____
(Street Address) (City) (State) (Zip) (Fax #)

and sent to: _____
(Name of Medical Provider)

_____ _____
(Street Address) (City) (State) (Zip) (Fax #)

I hereby authorize photocopies of any or all information requested to be released/to be furnished to the above named recipient. This release is in effect for one year from above date unless otherwise revoked. This release may be revoked at any time by a signed, written statement from the patient or responsible party.

Information to be released:

☐ All available medical records (including those received by SCPHD from other medical providers)

OR

☐ Only South Central Public Health District (SCPHD) service records to include the following:

_____ All SCPHD medical service records _____ Laboratory reports only

_____ Immunization history only _____ Other: _____

Initials _____

Is there any information you DO NOT want released?

Initials _____

SPECIFIC AUTHORIZATION

Substance Abuse Mental Health Treatment Information HIV (AIDS) Test Results

I acknowledge that data to be released MAY INCLUDE material that is protected by Federal Law. I do / do not (circle one) authorize the release of all such information.

Initials _____

-- I understand that authorizing release of this information is voluntary.
-- I understand that I may refuse to provide this authorization with no risk of it affecting my treatment or eligibility for services.
-- I understand that information obtained by this authorization might be re-disclosed and no longer protected by Federal privacy regulations.
-- I understand that SCPHD will provide me with a copy of this completed authorization upon my request.

_____ _____
Printed Name (Client or Parent/Legal Guardian) Date

_____ _____
Signature (Client or Parent/Legal Guardian) Relationship (if other than client)

South Central Public Health District

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Burley Office
2311 Parke Ave., Unit 4
Burley, ID 83318
208-678-8221
Fax: 208-678-7465
WIC: 208-678-8608

Gooding Office
255 North Canyon Dr.
Gooding, ID 83330
208-934-4477
Fax: 208-934-8558

Bellevue Office
117 E. Ash St.
Bellevue, ID 83313
208-788-4335
Fax: 208-788-0098

Jerome/Shoshone Office
951 East Avenue H
Jerome ID 83338
208-324-8838
Fax: 208-324-9554
WIC: 208-324-1323

Twin Falls Office
1020 Washington St. N.
Twin Falls, ID 83301-3156
208-737-5900
Fax: 208-736-3009

Fecha: _____

Éste documento autoriza la divulgación de información médica sobre_____
(Nombre completo del cliente)

Fecha de nacimiento: _____ que sea liberada por: _____
(Nombre de proveedor medico)

_____ _____
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código Postal) (Fax #)

Y debe ser enviado a: _____
(Nombre de proveedor medico)

_____ _____
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código Postal) (Fax #)

Por la presente autorizo que se divulguen/que deben presentarse fotocopias de cualquiera o toda la información requerida al destinario ya mencionado. Esta autorización esta en efecto por un año a partir de la fecha antedicha a menos que sea revocada. Esta autorización se puede revocar en cualquier momento por una declaración firmada y escrita la declaración por el paciente o partido responsable.

Información que se entregará:

☐ Todo el expediente disponible (incluyendo aquellos expedientes recibidos por SCPHD de otro proveedor medico)

O

☐ Solo los registros de servicio médico del Distrito Público de Salud Central Sur (SCPHD) que incluyan lo siguiente:

____Todos los registros de servicio médico de SCPHD: ____ Reportes de laboratorio solamente:

____ Expediente de las vacunas solamente: ____ Otro: _____

Iníciales _____

¿Hay alguna información que no quiere que se dé al solicitante?

Iníciales _____

AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA

Abuso de sustancia Información de tratamiento de Salud Mental Resultados de HIV (SIDA)

Yo reconozco que los datos que se proveerán PUEDEN INCLUIR material protegido por Leyes Federales. Si / No (marque solo uno) autorizo la liberación de toda la información.

Iníciales _____

-- Entiendo que la autorización de liberar esta información es voluntaria.
-- Entiendo que puedo negarme a dar esta autorización sin el riesgo de él que afecte mi tratamiento o elegibilidad para los servicios.
-- Entiendo que la información de esta autorización puede ser divulgada nuevamente y ya no está protegida por las normas de privacidad Federales.
-- Entiendo que al solicitarla, SCPHD me proveerá una copia de esta autorización completa.

_____ _____
Nombre (del cliente o padre/guardián legal) Fecha

_____ _____
Firma (del cliente o padre/guardián legal) Relación al Cliente (si no es el cliente)

South Central Public Health District

OVLASTENJE ZA OSLOBADJANJE INFORMACIJA

Burley Office
2311 Parke Ave., Unit 4
Burley, ID 83318
208-678-8221
Fax: 208-678-7465
WIC: 208-678-8608

Gooding Office
255 North Canyon Dr.
Gooding, ID 83330
208-934-4477
Fax: 208-934-8558

Bellevue Office
117 E. Ash St.
Bellevue, ID 83313
208-788-4335
Fax: 208-788-0098

Jerome/Shoshone Office
951 East Avenue H
Jerome ID 83338
208-324-8838
Fax: 208-324-9554
WIC: 208-324-1323

Twin Falls Office
1020 Washington St. N.
Twin Falls, ID 83301-3156
208-737-5900
Fax: 208-734-9502

Ocuvanje vase porodice i zajednice zdravim

Datum:_____

Ovaj dokumenat ovlascuje oslobadjanje medicinskih informacija upuceno na _____
(Klijentovo Puno ime)

Datum rodjenja: _____ da budu pustene od: _____

(Adresa) (Grad) (Drzava) (Postanski Broj)
i poslane na: _____

(Adresa) (Grad) (Drzava) (Postanski Broj)

Ja ovim ovlascujem fotokopije nekih ili svih informacija zahtijevanih da budu ustupljene/pripremljene iznad imenovanom primaocu. Ovo ustupanje je na snazi u toku jedne godine od datuma iznad osim ako je drugacije opozvano. Ovo ustupanje smije biti opozvano u bilo koje vrijeme potpisanom, pismenom izjavom od pacijenta ili od odgovorne stranke.

Da li postoji neka informacija koju Vi NE zelite da bude oslobodjena?

_____Inicijali_____

Informacije na ustupanje:

__ Istorija i zdravstveni pregled
__ Savjetovanje
__ Patoloski izvjestaj (ukljucujuci Papov test)
__ Porodjajni izvjestaji
__ Rentgen, ultrazvuk, EEG, CT skeniranje, MRI
__ EKG
__ Laboratorijski izvjestaji
__ HIV rezultati
__ Ostalo: _____
__ Istorija vakcinacije
__ Operativni izvjestaji
__ Prikaz otpusnice

SPECIFICNO OVLASTENJE

Zloupotreba substanci Informacije o tretmanu mentalnog zdravlja HIV (SIDA) Rezultati testa

Ja priznajem da podatak koji ce biti pusten SMIJE UKLJUCIVATI materijal koji je zasticen Saveznim zakonom.
Ja da / ne (zaokruzi jedno) ovlascujem oslobadjanje svih takvih informacija.

Inicijali _____

___ Ja razumijem da ovlastenje oslobadjanja ovih informacija je dobrovoljno.
___ Ja razumijem da smijem odbiti davanje ovlastenja bez rizika da to utice na moj tretman ili mogucnost za usluge.
___ Ja razumijem da informacije koje su dobijene ovim ovlastenjem mogu biti ponovo objelodanjene i ne vise zasticene Saveznim propisima o privatnosti.
___ Ja razumijem da ce District Health ured mi obezbijediti kopiju ovog popunjenog ovlastenja na moj zahtjev.

_____ _____
Potpis (Klijenta ili roditelja/Zakonskog zastupnika) Datum

Srodstvo (ako je neko drugi nego klijenat)