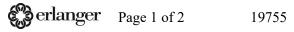
Erlanger Health System Authorization for Release of Medical Information

MR#	
Acct#	

'atient/Resident Information: I	give permission to release the health inform	mation of: (one patient/resident per form)
Patient/Resident Name: _		Date of Birth:
Street Address:		Last 4 numbers of SSN:
City, State, Zip		Telephone: ()
Email Address:		
Release Information From:		Release Information To:myself
(List Applicable Facility (s) and/or Practice)		(Name of facility, person. Company) (Relationship)
		(Street Address or PO Box, City, State, Zip Code)
(phone number)	(fax number)	(phone number) (fax number)
		lividual/personal Continued patient care Insurance ther
	for records to be released:	
	nde history & physical, discharge summary include most recent office visits, physical ex	y, operative notes, consults, diagnostic test results, medication list, allergies. xam, consults, diagnostic tests results.
ospital (check all that may appl	ly):	
Hospital Summary Discharge Summary	Radiology/X-ray Reports Pathology Reports	FORMAT: (check all that may apply) CD (charges may apply)
History & Physical	☐ Emergency Room Record	Secure - Email (E-Mail Address noted above)
Consultation Reports Operative Reports	☐ EKG ☐ Stress Test	Paper copy (charges may apply) Other
Laboratory Reports	☐ Images	
Billing Records	Other	
Entire Record (not including ps		DELIVERY METHOD:
		☐ Reg. US Mail ☐ Pick-up ☐ Fax, where permitted ☐ Overnight/Express Mail Service, charges may apply
		Paper copy (charges may apply)
		Other
I can cancel this permi above. Any cancellation This is a full release in CFR Part 2, genetic in Once my health inform be protected by federa Refusing to sign this for EHS will not share or required by law. The A fee may be charged it.	on will apply only to information not yet re cluding information related to behavioral/ formation, HIV/AIDS, and other sexually nation is released, the recipient may disclo- il and state privacy protections. form will not prevent my ability to get treat	mental health, drug and alcohol abuse treatment (in compliance with 42 transmitted diseases. se or share my information with others and my information may no longer ment, payment, enrollment in health plan, or eligibility for benefits. mission other than by ways listed in EHSs Notice Of Privacy Practices or as www.erlanger.org.
his permission expires one year	after the date of my signature unless an ea	arlier date or event is written here:
ignature:	Print Name	:Date:
elationship/authority if signatur Healthcare Agent/POA Parent Note: if minor consented for thei	e is not that of the patient. Written proof Guardian Executor/Administ Adult Child Affidavit Next of K ir outpatient treatment for pregnancy, sext	trator/Attorney in Fact Spouse
egardless of who consented for t		n being treated for substance abuse, the minor must sign this authorization
ignature of Minor:	Print Name	:Date:
Authorization to R	elease Medical Information	PATIENT IDENTIFICATION



05-10-23



Erlanger Health System Autorización para la divulgación de información médica

N.° de MR N.º de cuenta

Información del paciente/del residente: Otor				
Nombre del paciente/residente:		Fecha de nacimiento:		
Dirección:		Ultimos 4 números del número de seguro social:		
Ciudad, estado, código postal		Teléfono: ()		
Dirección de correo electrónico:				
Divulgar información desde:		Divulgar información para:mí		
(Enumerar el/los centro(s) o el consultorio que correspondan)		(Nombre del centro, persona, compañía) (Relación)		
		(Dirección o casilla de correo, ciudad, estado, código postal)		
(Número de teléfono)	(Número de fax)	(Número de teléfono) (Número de fax)		
FINALIDAD DE LA DIVULGACIÓN (marcar el motivo): Solicitud personal Continuación de la atención del paciente Seguro Otro				
Complete las fechas de tratamien				
Fechas de tratamiento: Desde:				
Resumen del hospital: puede incluir antecedentes y examen físico, resumen del alta hospitalaria, informe operatorio, consultas, resultados de pruebas diagnósticas, lista de medicamentos y alergias. Resumen del consultorio/de la clínica: puede incluir visitas más recientes al consultorio, examen físico, consultas y resultados de pruebas diagnósticas.				
Hospital (marque todo lo que corresponda):				
Resumen del hospital	☐ Informes de radiología/radio	diografías FORMATO: (marque todas las opciones que correspondan) □ CD (se pueden aplicar cargos)		
☐ Resumen del alta hospitalaria ☐ Antecedentes y examen físico	☐ Informes de patología ☐ Registro de la sala de emerg			
☐ Informes de consulta	□ ECG	anteriormente)		
☐ Informes operatorios	☐ Prueba de esfuerzo	☐ Copia impresa (se pueden aplicar cargos)		
☐ Informes de laboratorio	☐ Imágenes	☐ Otro		
☐ Registros de facturación	☐ Otro			
Registro completo (sin incluir informes de psicoterapia) Correo reg. de los EE. UU. Recogida Fax, cuando esté permitido Servicio de correo nocturno/urgente; se pueden aplicar cargos Otro Otro				
-		te aquí se escriba un evento o fecha anterior:		
Firma:		Nombre en letra de imprenta: Fecha:		
Nota: Si el paciente/residente carece de capacidad legal o no puede firmar, un representante personal autorizado puede firmar este formulario. Anote la relación/autoridad si la firma no es la del paciente. Se puede solicitar una prueba por escrito. Representante en cuestiones de atención de la salud/poder notarial Tutor Ejecutor/administrador/apoderado Cónyuge Padre/madre Hijo adulto Declaración jurada de un pariente Otro:				
Nota: Si una persona menor ha dado su consentimiento para su tratamiento ambulatorio para el embarazo, enfermedad de transmisión sexual o salud conductual/mental sin el consentimiento de sus padres, la persona menor debe firmar esta autorización. Si el paciente es un menor tratado por abuso de sustancias, el menor debe firmar esta autorización, independientemente de quién hava otorgado su consentimiento para el tratamiento.				
•		Nombre en letra de imprenta: Fecha:		
Solo para uso de EHS Autorización otorgada al paciente/Fecha de la divulgación por Correo Fax Otro Identificación verificada Lic. cond./otra identificación				
Nombre y cargo del empleado de EHS Divulgación inicial del empleado	(si es diferente) F	Firma del empleado de EHS Fecha rev. 9/22 Identificación del destinatario verificada (si corresponde) □ Identificación verificada □ Lic.		
cond./otra identificación				

Autorización para divulgar información médica

erlanger Page 2 of 2

19755 05-10-23 PATIENT IDENTIFICATION

