



**AUTHORIZATION TO ACCESS
or RELEASE MEDICAL
INFORMATION**

COGNITIVE PATIENT
LABEL

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR u
ACCEDER A INFORMACIÓN MÉDICA**

Questions: Contact Medical Records: 313.916.4540

Please mail completed form to: Medical Records 1414 E. Maple Road, Troy, MI 48083
or to Medical Records email address: HFHSMedicalRecords@hfhs.org • fax number 313.916.3917
(Please keep in mind that emails sent over the internet may not be secure.)

Si tiene preguntas: comuníquese con Expedientes Médicos al 313.916.4540

Envíe por correo el formulario completado a: Medical Records 1414 E. Maple Road, Troy, MI 48083
o a la dirección de email de expedientes médicos: HFHSMedicalRecords@hfhs.org • número de fax 313.916.3917
(Tenga en cuenta que los emails que se envían por Internet pueden no ser seguros).

Patient Information (please print)

Información del paciente (en letra de molde)

Name (First, Middle, Last) Nombre (primero, segundo, apellido)		Maiden name or previous names Nombre de soltera o nombres anteriores	
Address Dirección		City Ciudad	State Estado
			Zip Code Código postal
Date of Birth Fecha de nacimiento	Phone Teléfono	E-mail Address if Applicable Dirección de email, si corresponde	

I authorize my records to be sent from:

Autorizo que se envíen mis expedientes de:

Henry Ford Health System:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> HF Allegiance Health | <input type="checkbox"/> HF Macomb Hospital |
| <input type="checkbox"/> HF Allegiance Specialty Hospital | <input type="checkbox"/> HF Maplegrove Center |
| <input type="checkbox"/> HF Behavioral Health | <input type="checkbox"/> HF West Bloomfield Hospital |
| <input type="checkbox"/> HF Hospital Detroit | <input type="checkbox"/> HF Wyandotte Hospital |
| <input type="checkbox"/> HF Kingswood Hospital | <input type="checkbox"/> HF Other (Clinic/Medical Center): _____ |

Other Facility:

Otro centro:

Name/Organization Nombre/organización			
Address Dirección		City Ciudad	State Estado
			Zip Code Código postal

I authorize my records to be released to:
Autorizo que revelen mis expedientes a:

Myself: (Select only one option)

Mí: (Seleccione solo una opción)

- MyChart patient portal (patient request) E-mail to me at address above Mailed to me at address above
 Portal del paciente MyChart (solicitud del paciente) A mi e-mail por email a la dirección de arriba A mi correo a la dirección de arriba
- On site inspection. (Authorization is valid only if received by Henry Ford Health System within 60 days of the date signed.)
 Inspección en el sitio. (La autorización es válida solo si Henry Ford Health System la recibe en un plazo de 60 días desde la fecha en que se firma).
- Mailed to address below Faxed to number below
 Por correo a la dirección de abajo Por fax al número de abajo
- Verbal communication about my care. Describe information to be shared:
 Comunicación verbal sobre mi atención. Describa la información que se compartirá: _____

Other: Disclose to - complete information below

Otro: Revelar a (complete la información de abajo)

Name/Organization Nombre/organización			
Address Dirección	City Ciudad	State Estado	Zip Code Código postal
Phone Number Teléfono		Fax Number Fax	

Please complete below if you want to include medical records for these services:

Complete lo siguiente si quiere incluir expedientes médicos para estos servicios:

- Substance Use Disorder diagnosis and treatment
 Diagnóstico y tratamiento de trastorno por uso de sustancias
 Purpose: Continuation of Care Legal Personal Other _____
 Propósito: Continuación de la atención Legal Personal Otro _____
- Psychotherapy Notes
 Notas de psicoterapia

Specific Information Requested:

Información específica que se pide:

Type of Record requested Tipo de registros que se pide	Date of Service Fecha de servicio
Discharge Summary Resumen del alta	
Emergency Department Departamento de emergencias	
Laboratory Report Informe de laboratorio	
Immunizations Vacunas	
Inpatient Record Expediente de paciente ingresado	

Type of Record Requested Tipo de registros que se pide	Date of Service Fecha de servicio
Outpatient Record Expediente de paciente ambulatorio	
Radiology Report Informe de radiología	
Office Note Nota del consultorio	
Other: Otro: _____	

By signing this authorization, I hereby authorize Henry Ford Health System to disclose information contained in the medical record of the patient identified above, which includes information that may be stored in a paper and/or electronic format, as set forth below. Such notes may contain information on: general medical care, psychological and social work counseling; human immunodeficiency virus (HIV) or acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) or AIDS related complex (ARC), as applicable; communicable diseases or infections, including sexually transmitted diseases, venereal diseases, tuberculosis and hepatitis, as applicable; demographic information; and treatment received by other health care providers. Any alcohol and substance use disorder information disclosed to you in these records is protected by Federal confidentiality rules (42 CFR Part 2). 42 CFR Part 2 prohibits unauthorized disclosure of these records. Patient access fee may apply for copies. Fees are authorized annually by the State of Michigan Medical Records Access Act, P.A. 47 of 2004, MCL 333.26269.

Firmando esta autorización, autorizo a Henry Ford Health System a que revele información incluida en el expediente médico del paciente mencionado arriba, que incluye información que puede estar impresa o almacenada en formato electrónico, según se estipula abajo. Esas notas pueden contener información sobre atención médica general; consejería psicológica y de trabajo social; virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o del complejo del sida (ARC), cuando corresponda, enfermedades o infecciones contagiosas, incluyendo enfermedades de transmisión sexual, enfermedades venéreas, tuberculosis y hepatitis, cuando corresponda, información demográfica y tratamiento recibido de otros proveedores de atención médica. Cualquier información sobre trastorno por consumo de alcohol y de sustancias que se le revele en estos expedientes queda protegida por las normas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). 42 CFR Parte 2 prohíbe que se revelen estos expedientes sin autorización. Es posible que se aplique un cargo de acceso al paciente por las copias. Los cargos los autoriza anualmente la Ley de acceso a expedientes médicos del Estado de Michigan, Ley pública 47 de 2004, MCL 333.26269.

I understand that:

Entiendo que:

- I may revoke (take back) this authorization at any time. Revocations to this authorization must be presented in writing. Revocation will not apply to the information that has already been released prior to receiving the revocation. Contact Henry Ford Health System Medical Records department. Contact information is available at the top of the form. Puedo revocar (retirar) esta autorización en cualquier momento. Las revocaciones a esta autorización deben presentarse por escrito. No será válida la revocación para la información que ya se hubiera revelado antes de recibir la revocación. Comuníquese con el Departamento de Expedientes Médicos de Henry Ford Health System. La información de contacto está en la parte de arriba del formulario.

- This authorization expires when the patient information is disclosed as permitted in this authorization, or within one (1) year from the date that it is signed unless another expiration date is written here: _____ (describe the date/event/condition upon which authorization will expire, which must be no longer than one year from the date signed)

Esta autorización vence cuando la información del paciente se revele, según permita esta autorización o en un plazo de un (1) año desde la fecha de firma, a menos que se escriba otra fecha de vencimiento aquí: _____ (describa la fecha/evento/condición por la que vencería esta autorización, que no debe ser mayor de un año desde la fecha de la firma)

- My care or treatment will not be conditioned on signing this authorization

La atención o tratamiento que reciba no estarán condicionados a la firma de esta autorización

- The person(s) to whom information is disclosed under this authorization may possibly disclose the information to others without the patient's knowledge or consent and therefore the privacy of personal and health information may no longer be protected by law.

Es posible que las personas a quienes se revele la información por esta autorización revelen la información a otras personas o entidades, sin el conocimiento o consentimiento del paciente y, por lo tanto, la privacidad de la información médica y personal podría no estar ya protegida por la ley.

- Henry Ford Health System and/or its copying service reserve the right to charge for processing and copying information. This fee is waived when releasing information directly to a treating physician or health care facility.

Henry Ford Health System o sus servicios de reproducción de documentos se reservan el derecho de cobrar por procesar y copiar información. La tarifa no se cobra cuando la información se revele directamente a un médico tratante o un centro de atención médica.

Signature

Relationship (if other than patient)

Firma _____

Relación (si no es el paciente) _____

Patient, Parent of Minor, Legal Guardian, Personal Representative, Heir at Law, Person under a POA. (if legal guardian, Personal Presentative or person of authority under a durable medical power of attorney, a copy of appropriate documentation may be required)

Paciente, padre de un menor, tutor legal, representante personal, heredero legal, persona amparada por un poder notarial (si es tutor legal, representante personal o una persona que tenga autoridad según un poder de representación médica, se podrá exigir una copia de la documentación apropiada)

Date

Time

Fecha _____

Hora _____