

Autorización para acceder o revelar Información médica Authorization to Access or Release Medical Information

Place patient label here or fill out information below:

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

MRN: _____

Entiendo que firmar este formulario de autorización significa que doy permiso a Henry Ford Health (HFH) para que revele información sobre mi salud y atención médica. Entiendo que la información usada o revelada según esta autorización también la puede revelar la persona que recibe la información.

I understand that signing this authorization form means I give permission to Henry Ford Health (HFH) to disclose information about my health and healthcare. I understand that information used or released based on this authorization may also be released by the person that receives the information.

Complete la siguiente información del paciente:

Fill out the following patient information:

Primer nombre First Name	Segundo nombre Middle Name	Apellido Last Name	Nombre de soltero o nombre anterior Maiden Name or Previous Name	
Dirección Address		Ciudad City	Estado State	Código postal Zip Code
Fecha de nacimiento Date of Birth	Teléfono Phone Number		Correo electrónico Email Address	

Motivo de esta autorización Reason for This Authorization

Autorizo que mis registros se envíen desde los siguientes lugares (marque todo lo que corresponda):

I authorize my records to be sent from the following locations (select all that apply):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Henry Ford Behavioral Health
Henry Ford Behavioral Health | <input type="checkbox"/> Henry Ford Providence Novi Hospital
Henry Ford Providence Novi Hospital |
| <input type="checkbox"/> Henry Ford Brighton Center for Recovery
Henry Ford Brighton Center for Recovery | <input type="checkbox"/> Henry Ford Providence Southfield Hospital
Henry Ford Providence Southfield Hospital |
| <input type="checkbox"/> Henry Ford Eastwood Behavioral Health
Henry Ford Eastwood Behavioral Health | <input type="checkbox"/> Henry Ford River District Hospital
Henry Ford River District Hospital |
| <input type="checkbox"/> Henry Ford Genesys Hospital
Henry Ford Genesys Hospital | <input type="checkbox"/> Henry Ford Rochester Hospital (anteriormente conocido como Providence Rochester)
Henry Ford Rochester Hospital (formerly Providence Rochester) |
| <input type="checkbox"/> Henry Ford Hospital – Detroit
Henry Ford Hospital - Detroit | <input type="checkbox"/> Henry Ford St. John Hospital
Henry Ford St. John Hospital |
| <input type="checkbox"/> Henry Ford Jackson Hospital
Henry Ford Jackson Hospital | <input type="checkbox"/> Henry Ford Warren Hospital (anteriormente conocido como Macomb)
Henry Ford Warren Hospital (formerly Macomb) |
| <input type="checkbox"/> Henry Ford Macomb Hospital
Henry Ford Macomb Hospital | <input type="checkbox"/> Henry Ford West Bloomfield Hospital
Henry Ford West Bloomfield Hospital |

Henry Ford Madison Heights Hospital
(anteriormente conocido como Oakland)
Henry Ford Madison Heights Hospital
(formerly Oakland)

Henry Ford Maplegrove Center
Henry Ford Maplegrove Center

Henry Ford Wyandotte Hospital
Henry Ford Wyandotte Hospital

Otro (clínica/centro médico): _____
Other (Clinic/Medical center): _____

Autorizo que mis registros se envíen desde:

I authorize my records be sent from:

Otro centro:
Other Facility:

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

Autorizo que revelen mis expedientes a:

I authorize my records to be released to:

Mí mismo (marque solo una opción)
Myself (select only one option)

Portal para pacientes MyChart
MyChart patient portal

Por correo a la dirección indicada en la primera página
Mailed to address listed on first page

Por correo a otra dirección (escríbala aquí): _____
Mailed to a different address (include here): _____

Revisión en el lugar (la autorización es válida solo si Henry Ford Health la recibe en un plazo de 60 días desde la fecha en que se firmó)
On site inspection (authorization is valid only if received by Henry Ford Health within 60 days of the date signed)

Correo electrónico indicado en la primera página
Email address listed on first page

Por fax a este número: _____
Faxed to this number: _____

Autorizo que revelen mis expedientes a:

I authorize my records to be released to:

Otro (complete la información de abajo para revelar a otras personas)
Other (complete information below to disclose to other)

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

Complete lo siguiente si quiere incluir el expediente médico para estos servicios:

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

- Diagnóstico y tratamiento de trastornos por consumo de sustancias

Substance use disorder diagnosis and treatment

Propósito: Continuación de la atención Legal Personal

Purpose: Continuation of care Legal Person

- Notas de psicoterapia

Psychotherapy Notes

- Otro _____

Other _____

Complete los tipos de registros y fechas de servicio que se revelarán:

Complete the types of records and dates of service to be released:

	Tipo de registros que se pide Type of Record Requested	Fecha de servicio Date of Service
<input type="checkbox"/>	Resumen del alta Discharge Summary	
<input type="checkbox"/>	Expediente de paciente ambulatorio Outpatient Record	
<input type="checkbox"/>	Departamento de emergencias Emergency Department	
<input type="checkbox"/>	Informe de radiología Radiology Report	
<input type="checkbox"/>	Informe de laboratorio Laboratory Report	
<input type="checkbox"/>	Nota del consultorio Office Note	
<input type="checkbox"/>	Vacunas Immunizations	
<input type="checkbox"/>	Expediente de paciente ingresado Inpatient Record	
<input type="checkbox"/>	Otro o todos (explique): Other or all (explain):	

Información de la autorización

Authorization Details

- Esta autorización vence cuando la información del paciente se revele, según lo permita esta autorización, o en un plazo de 1 año desde la fecha en que se firmó a menos que se escriba otra fecha de vencimiento aquí: _____ (describa la fecha, evento o condición por la que vencería esta autorización; no debe ser mayor de 1 año desde la fecha en que se firmó).
This authorization expires when the patient information is disclosed as permitted in this authorization, or within 1 year from the date it is signed unless another expiration date is written here: _____ (describe the date, event, or condition upon which the authorization will expire; must be no longer than 1 year from the date signed).
- Mi atención o tratamiento no se verán afectados por firmar este formulario.
My care or treatment will not be affected by signing this form.

- Henry Ford Health y sus servicios de reproducción de documentos se reservan el derecho de cobrar por procesar y copiar información. Se exonera el cargo cuando se revela la información directamente a un médico de atención directa o un centro de atención médica.
Henry Ford Health and 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.
- Firmando esta autorización, autorizo que Henry Ford Health revele información incluida en el expediente médico del paciente mencionado arriba, que incluye información que se puede almacenar en papel o formato electrónico, como se establece abajo. Dichas notas pueden incluir información sobre:
By signing this authorization, I authorize Henry Ford Health to disclose information contained in the medical record of the patient identified above, which includes information that may be stored in a paper or electronic format, as set forth below. Such notes may contain information on:
 - Atención médica general
General medical care
 - Orientación psicológica y de trabajo social
Psychological and social work counseling
 - Virus de inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o complejo relacionado con el SIDA (ARC), según corresponda
Human immunodeficiency virus (HIV) or acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) or AIDS related complex (ARC), as applicable
 - Enfermedades o infecciones transmisibles, incluyendo enfermedades de transmisión sexual, enfermedades venéreas, tuberculosis y hepatitis, según corresponda
Communicable diseases or infections, including sexually transmitted diseases, venereal diseases, tuberculosis and hepatitis, as applicable
 - Información demográfica
Demographic information
 - Tratamiento recibido por otros proveedores de atención médica.
Treatment received by other health care providers.
 - 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 la revelación no autorizada de estos registros.
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
 - Es posible que se aplique un cargo de acceso al paciente por las copias. Las tarifas las autoriza anualmente Medical Records Access Act (Ley de acceso a expedientes médicos) del estado de Michigan, P.A. 47 de 2004, MCL 333.26269.
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

Cómo revocar una autorización

How to Take Back an Authorization

- Entiendo que puedo retirar (revocar) esta autorización en cualquier momento.
I know that I can take back (revoke) this authorization at any time.
- Para revocar esta autorización, entiendo que debo hacerlo por escrito o correo electrónico y enviárselo a HFH.
To take back this authorization, I understand I need to put it in writing or email form and give it to HFH.
- Entiendo que la revocación de la autorización no se aplica a la información que ya se reveló.
I understand that taking back the authorization does not apply to information that has already been released.

- Para comunicarse con el Departamento de Información (Information Department) de HFH sobre la revocación de una autorización, envíe un correo electrónico a: HFHSMedicalRecords@hfhs.org
To contact the HFH Information Department about taking back an authorization, email: HFHSMedicalRecords@hfhs.org

Devolución del formulario completado
Return Completed Form

Envíe por correo, correo electrónico o fax el formulario completado. Tenga en cuenta que es posible que los correos electrónicos enviados por Internet no sean seguros.

Please mail, email, or fax the completed form. Keep in mind emails sent over the internet may not be secure.

- Dirección: **Medical Records 1414 E. Maple Road, Troy, MI 48083**
Mailing Address: Medical Records 1414 E. Maple Road, Troy, MI 48083
- Correo electrónico: HFHSMedicalRecords@hfhs.org
Email: HFHSMedicalRecords@hfhs.org
- Número de fax: (313) 916-3917
Fax Number: (313) 916-3917

Leí y comprendo la autorización de arriba. Pude hacer todas mis preguntas y se respondieron.

I have read and understand the authorization above. I was able to ask all my questions, and they were answered.

 Firma del paciente o del representante legal
Patient or Legal Representative Signature

 Fecha
Date

 Hora
Time

 Relación (si no es el paciente; si es el tutor legal, representante personal o persona con autoridad según un poder notarial médico duradero, es posible que se necesite una copia de los documentos correspondientes)

Relationship (if other than patient; If legal guardian, personal representative, or person of authority under a durable medical power of attorney, a copy of appropriate documents may be required)

Marque la casilla si se usó un intérprete.
Check if interpreter was used.

 Nombre y teléfono del intérprete
Interpreter Name and Phone Number