

**Charles River Community Health ("Health Center")**

**Side 1 of 2**

495 Western Avenue, Brighton, MA 02135 (617) 208-1575 Fax (617) 870-7346  
564 Main Street, Waltham, MA 02452 (781) 693-3831 Fax (617) 870-7346

**GENERAL MEDICAL RECORDS RELEASE / AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION**

By signing this General Medical Records Release / Authorization for Use or Disclosure of Protected Health Information ("Authorization"), I hereby authorize the Health Center to release my protected health information ("PHI") as specified herein to the following persons / entities ("Recipient")

**Step 1 - Patient Information**

Patient's Name \_\_\_\_\_ Patient's Date of Birth \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Last First Middle  
Other name(s) used as a patient here: \_\_\_\_\_ Telephone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

**Step 2 - Release Records To**

I would like the information provided:  as a paper printout  
I or my representative (Name: \_\_\_\_\_),  
Will pick up the information:  at the Brighton Site  at the Waltham Site  
OR please send the information:  to recipient below  to fax number of recipient below

Recipient (Name and/or Facility): \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
Telephone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Reason for request:  per my request (only a patient can check this)  Transfer of care  Referral/Specialist  
 Legal matter  Employment purposes  Other \_\_\_\_\_

**Step 3 - Information to be Released**

Date Range of Services: From \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ to \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ or  **All** dates of service

Indicate the **medical documents** you agree to release by checking and initialing the boxes below:  
 \_\_\_\_\_ Medical Records (Office visits, procedures, labs, any in house specialist notes)  
 \_\_\_\_\_ Correspondence in Record  \_\_\_\_\_ Recent Physical exam - (No fee to release)  
 \_\_\_\_\_ Immunizations - (No fee to release)  \_\_\_\_\_ Recent Lab Results - (No fee to release)  
 \_\_\_\_\_ other: (specify) \_\_\_\_\_

Indicate **specifically protected categories of information** you agree to be release by checking and initialing the boxes below:  
 \_\_\_\_\_ Alcohol or Drug abuse treatment\*  \_\_\_\_\_ Domestic Violence treatment/counseling  
 \_\_\_\_\_ sexually transmitted diseases  \_\_\_\_\_ Sexual Assault  
 \_\_\_\_\_ Family planning services  \_\_\_\_\_ Behavioral Health/ Psychotherapy (Initial intake, most recent treatment plan/ discharge/transfer summary)  
 \_\_\_\_\_ HIV/AIDS  
 \_\_\_\_\_ other: (specify) \_\_\_\_\_

\*protected by Federal Confidentiality Rules 42 CFR Part 2 (FEDERAL RULES PROHIBIT ANY FURTHER DISCLOSURE OF THIS INFORMATION UNLESS FURTHER DISCLOSURE IS EXPRESSLY PERMITTED OR WRITTEN CONSENT OF THE PERSON TO WHOM IT PERTAINS OR AS OTHERWISE PERMITTED BY 42 CFR PART 2)

Indicate the **dental documents** you agree to release by checking and initialing the boxes below:  
 \_\_\_\_\_ Dental Record Only  \_\_\_\_\_ Dental X-rays only  \_\_\_\_\_ Dental Record with x-rays

**Step 4 - Authorization Terms and Signatures:**

I understand and agree that:

1. With my signature the information specified above will be released to the Recipient designated above.
2. The Authorization is valid for 90 days unless I indicate a different time or reason for expiration.
3. Once the information has been released, the Health Center cannot guarantee that the Recipient will not re-disclose the information to another party who may not be required to comply with state and/or federal laws governing the use and disclosure of protected health information (PHI) and, in such case, the PHI described above may be re-disclosed and would no longer be protected by such laws governing privacy of health information.
4. I may revoke this Authorization at any time except to the extent that the Health Center has taken action in reliance on this Authorization. I further understand that I must provide any notice of revocation in writing to the Medical Records Department at the address above.
5. I may refuse to sign this Authorization and that my refusal to sign will not affect my ability to obtain treatment from the Health Center, except when: (1) my refusal may limit the Health Center's ability to provide safe and effective care; (2) I am receiving research-related treatment; or (3) I am receiving health care solely for the purpose of creating information for disclosure to a third party. If any of these exceptions apply, my refusal to sign an authorization may result in my not obtaining treatment from the Health Center.
6. Release may take 10-15 business days for records to be processed and released.
7. I will be notified when the records are ready for release/pick-up, unless I request the records to be faxed or mailed directly.
8. I will be expected to pay for the information according to the payment policy below and as authorized by law. Prepayment is required to process the release.

**No Cost**, for records released to medical or dental providers

**\$20**, for medical records released directly to the patient plus **\$6** postage if mailed

**\$5**, for dental records / **\$15**, for dental X-rays released directly to the patient plus **\$6** postage if mailed

**\$25**, for medical/dental records released to attorneys/insurance companies/others (postage for certified mail is included)

I have carefully read and understand the terms of this Authorization. I have had the opportunity to ask questions about the use and disclosure of my health information. By my signature below, I hereby knowingly and voluntarily, authorize the disclosure of the above protected health information to the designated person/entity as specified above. I give my permission to share my protected health information, which may include protected or privileged information, in written and/or other stored format.

**Patient** (or authorized individual) Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**If not patient – indicate relationship below:**

When patient is under legal age or incompetent to give consent, signature of parent, legal guardian, health care agent (proxy) is required. In such cases, identity and documentation of legal authority must be confirmed.

(Note: Executors requesting records must provide a court order establishing estate executorships with Date of Death: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_)

Name: Printed \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Relationship to Patient:  Legal Guardian  Legal Representative (specify) \_\_\_\_\_

**STAFF USE ONLY**

Complete all fields and **attach copy of ID/document** to this form as well as any **court document establishing estate executorships** for legal purposes.  **Payment Received** \$ \_\_\_\_\_ Initials \_\_\_\_\_

Name of Primary Care Provider \_\_\_\_\_ MR # \_\_\_\_\_

Provider Signature: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Identity confirmed/Record Released by: CRCH Staff member \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Charles River Community Health ("Centro de Salud")****Parte 1 de 2**

495 Western Avenue, Brighton, MA 02135 (617) 208-1575 Fax (617) 870-7346  
 564 Main Street, Waltham, MA 02452 (781) 693-3831 Fax (617) 870-7346

**ENTREGA GENERAL DE REGISTROS MEDICOS/ AUTORIZACION PARA EL USO O DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA**

Al firmar este Entrega General de Registros Médicos/ Autorización para el Uso o Divulgación de Información de Salud Protegida ("Autorización), Yo autorizo al Centro de Salud entregar mi información de salud protegida ("PHI") según se especifica aquí a las siguientes personas/ entidades ("Receptor")

**Paso 1 – Información del Paciente**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Apellido Primer Segundo

Otros nombre(s) utilizado aquí: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**Paso 2 – Entregar los Registros a**

Me gustaría la información en:  hoja impresa

Yo, o mi representante (Nombre: \_\_\_\_\_),

Recogeré la información:  en Brighton  en Waltham

O envíe la información:  al destinatario abajo  al número de fax del destinatario abajo

Destinatario (Nombre y/o Centro): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Motivo de la solicitud:  A petición mía (solo el paciente puede marcar esta)  Transferencia  Referido/Especialista  
 Fines legales  Fines de trabajo  Otro \_\_\_\_\_

**Paso 3 – Información que se entregará**

Fecha de servicio: Desde \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ o  **Todas** fechas de servicio

Indique los **documentos médicos** que usted quiere que se entregue marcando y poniendo sus iniciales en las siguientes casillas:

- \_\_\_\_\_ Registro Medico (Consultas, procedimientos, análisis, notas de especialista hecha en la oficina)  
 \_\_\_\_\_ Correspondencia en Registro  \_\_\_\_\_ Examen físico reciente - (No pago para entregar)  
 \_\_\_\_\_ Vacunas - (No pago para entregar)  \_\_\_\_\_ Resultados recientes de laboratorio – (No pago para entregar)  
 \_\_\_\_\_ Otra: (Especifique) \_\_\_\_\_

Indique **específicamente las categorías de información protegida** que se compromete a entregar marcando y poniendo sus iniciales en las siguientes casillas:

- \_\_\_\_\_ Tratamiento de abuso de Alcohol o Droga\*  \_\_\_\_\_ Tratamiento de Violencia Domestica/consejería  
 \_\_\_\_\_ Enfermedades de transmisión sexual  \_\_\_\_\_ Asalto Sexual  
 \_\_\_\_\_ Servicios de planificación familiar  \_\_\_\_\_ Salud Mental/ Psicoterapia (Registro inicial,  
 \_\_\_\_\_ VIH/SIDA plan de tratamiento mas reciente/dado de alta/resumen de transferencia)  
 \_\_\_\_\_ Otro: (Especifique) \_\_\_\_\_

\*protegido por las Reglas Federales de Confidencialidad 42 CFR Parte 2 (REGLAS FEDERALES PROHIBEN CUALQUIER OTRA LIBERACION DE ESTA INFORMACION A MENOS QUE LIBERACION ADICIONAL ESTE EXPRESAMENTE PERMITIDA O UN CONSENTIMIENTO ESCRITO POR LA PERSONA A QUIEN PERTENECE O SEGUN ESTA PERMITIDO POR 42 CFR PARTE 2)

Indique los **documentos dentales** que usted acepta entregar marcando y poniendo sus iniciales en las siguientes casillas::

- \_\_\_\_\_ Registro Dental Solamente  \_\_\_\_\_ Radiografías Dental Solamente  \_\_\_\_\_ Registro **con radiografías** Dental

**Paso 4 – Términos de Autorización y Firmas:**

Yo entiendo y estoy de acuerdo que:

9. Con mi firma la información especificada arriba se le entregara al Destinario asignado anteriormente.
10. La Autorización es valida por 90 días a menos que indique un tiempo o razón diferente para la expiración.
11. Una vez que la información ha sido entregada, el Centro de Salud no puede garantizar que el destinatario no volverá a divulgar la información a otra persona que no necesite cumplir con las leyes estatales y/o federales que rigen el uso y divulgación de información de salud protegida (PHI) y, en tal caso, el PHI descrito arriba puede ser revelada y ya no estar protegida por las leyes que rigen la privacidad de la información medica.
12. Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento, excepto cuando el Centro de Salud ha implementado alguna acción basada en esta autorización. Además, entiendo que debo proporcionar cualquier notificación de revocación por escrito al Departamento de Registros Medico en la dirección de arriba.
13. Puedo negarme a firmar esta Autorización y mi rechazo a firmar no afectara mi capacidad de obtener tratamiento en el Centro de Salud, excepto cuando: (i) mi rechazo puede limitar la capacidad del Centro de Salud para proporcionar una atención segura y eficaz; (ii) Estoy recibiendo tratamiento relacionado con investigación; o (iii) Estoy recibiendo atención de salud con el único fin de crear información para la divulgación de una tercera persona. Si es alguna de estas excepciones, mi rechazo a firmar una autorización puede resultar en no obtener tratamiento en el Centro de Salud.
14. Puede tomar de 10-15 días laborables para que los registros sean procesados y entregados.
15. Se me notificara cuando los registros estén listo para entregar/recoger, a menos que solicite ser enviados por fax o correo directamente.
16. Tengo que pagar por la información de acuerdo con la póliza de pago siguiente y según autorizado por la ley. Se requiere pago adelantado para procesar la entrega.

- Sin Costo**, registros entregados a proveedores médicos o dentales
- \$20**, registros médicos entregados directamente al paciente mas **\$6** si es por correo
- \$5**, registro dental / **\$15**, radiografías dentales entregada directamente al paciente mas **\$6** si es por correo
- \$25**, registro medico/dental entregado a abogados/compañías de seguro/otros (gastos de correo certificado esta incluido)

He leído cuidadosamente y comprendo los términos de esta autorización. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y divulgación de mi información de salud. Con mi firma abajo, por la presente, voluntariamente autorizo la divulgación de la información de salud protegida a la persona/entidad designada como se especifico anteriormente. Doy mi permiso para compartir mi información de salud protegida, que puede incluir información protegida o privilegiada, por escrito y/u otro formato Almacenado.

**Paciente** (o persona autorizada) Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Si no es el paciente – indique la relación abajo:**

Cuando el paciente es menor de edad o incapaz de dar su consentimiento, se requiere la firma Del padre, tutor legar, o agente de atención medica (proxy). En tales casos, deberán confirmarse la identidad y documentación de la autoridad legal.

(Nota: Guardián que solicite registros deben presentar una orden judicial que establece guardería estatal con fecha de fallecimiento: \_\_ / \_\_ / \_\_)

Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Relación con el paciente:  Tutor Legal  Representante Legal (Especifique) \_\_\_\_\_

**PARA USO DEL PERSONAL SOLAMENTE**

Complete todo y **adjunte una copia del ID/documento** a este formulario con cualquier **documento judicial que establezca ejecutoria estatal** para fines legales.  **Pago recibido \$** \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_

Nombre del medico de Cabecera: \_\_\_\_\_ MR # \_\_\_\_\_

Firma del Proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Identidad confirmada/Registro liberado por: CRCH Miembro del personal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_