



ASANTE®

INSTRUCTIONS FOR COMPLETING THIS FORM

This form is used to authorize Asante to release a copy of records to someone other than you or your personal representative.

The patient identification information must be completed. If not complete, the form may be sent back to you.

Include the following information:

- Patient Name (Print clearly)
- Other names the patient has used. If none, leave this blank
- Medical Record Number (If known)
- Date of Birth
- Telephone Number where you can be reached during the day
- Home Street Address
- Home City, State and Zip Code

Purpose or need for the release of information section:

State the purpose for the release of information by circling one of the options listed or writing in a purpose.

Examples of what you might write in next to other:

- Insurance application
- Insurance Claim
- Legal
- Benefits
- School
- Transfer to another provider
- Patient Care, etc.
- *(For personal use may be used only if you are releasing records to you and please use the Patient Request for a Copy of Medical Records form).*

The format I wish to receive my records section

Please indicate media type and delivery preference. If no options are checked, the default will be CD and USPS delivery.

Information to be released from

List the name and address of who has the information that you want released, state specifically which hospital or clinic. *If you are not specific there may be a delay in completing this request.*

Information to be released to

List the name, address, fax, and phone number where you would like the information sent.

If you are not specific there may be a delay in completing this request.

Write the name or company of who is to receive the information. Include:

- Name or Company
- Title of who is to receive the information. Examples: Attorney, Physician, etc.
- Telephone of the person or company who will receive the information
- Street address of who will receive the information
- City, State and Zip Code of who will receive the information

Information to be released

- Place a check mark next to the information you would like released.
- Checking All records will allow the release of any records needed to respond to your request unless there is sensitive information.
- By checking "Other" you will need to describe exactly what you want released.
- Examples: All records regarding my back injury, or All information needed to complete the attached form, etc.
- INITIAL for any sensitive information protected by law you want to be released. These items will not be release if not checked.

For X-ray films, MRI, or other imaging, if you want the actual films/images your request must go directly to the Imaging department. You can contact them at Medford. 789-7154, Grants Pass 541-472-7140, Ashland 541-201-4377

Please include and expiration date on the Authorization to Release Information form.
To revoke an authorization send a letter to HIS at one of the Asante locations.



Rogue Regional Medical Center & Asante Physician Partners Health Information Services 2825 E. Barnett Road Medford, Oregon 97504 PH: 541-789-4206 Fax: 541-789-4510	Three Rivers Medical Center Health Information Services 500 S.W. Ramsey Avenue Grants Pass, Oregon 97527 PH: 541-472-7133 Fax: 541-472-7129	Ashland Community Hospital Health Information Services 280 Maple Street Ashland, Oregon 97520 PH: 541-201-4076 Fax: 541-488-7413
--	---	--

Patient Name: _____ Previous Name (if applicable) _____ Date of Birth: _____
 Address: _____ City _____ State _____ Zip _____
 Phone: _____ Email: _____

USED TO AUTHORIZE ASANTE TO RELEASE A COPY OF MEDICAL RECORDS

The purpose or need for the release of information: (circle one or write in reason after Other :)

Insurance company Attorney Legal Use Continuing care Other:

How would you like to receive records:(circle one)

Electronic: disc flash drive Email/encrypted Email/Unencrypted My Chart, paper, fax _____

Other: _____ If applicable choose one: pick up, mail

If Email is circled above, then choose one of the following:
 Email (non-encrypted) Note: I understand that not encrypting email increases the risk that information could be read by an unauthorized third party or otherwise accessed by a third party while in transit.
 Email (encrypted) Note: Encrypted emails require a registration process upon receipt of the first email.

Information to be Released FROM:		Information to be Released TO:	
Organization Name		Name, Title, Organization, Provider or Attorney ETC.	
Address	City, State, Zip	Address	City, State, Zip
Phone	Fax	Phone	Fax

Information to be Disclosed/Released: What records do you want? (Check appropriate boxes below):

Date of Service: ___/___/___ through ___/___/___ ED visit date: ___/___/___ Billing statements
 Most recent two year history Clinician office chart notes Medical records needed for continuity of care Operative Report(s)
 Discharge Instructions & Summary History & Physical Report Physical therapy records
 Test Results please specify: _____ The information requested is limited to: Treatment For: _____
 (X-Rays, Lab/Pathology Results)
 Other (Immunization Records, Medication Lists) please specify: _____
 Please send the entire medical record (all information) to the above named recipient. The recipient understands this record may be voluminous and agrees to pay all reasonable charges associated with providing this record.
IMPORTANT –Sensitive Information: By initialing the space(s) below, I am specifically authorizing the release of the following:
 HIV (Human Immunodeficiency virus) test results Psychiatric (Mental Health) records Genetic Testing records

Your Rights as a Asante Patient

You do not have to sign this form in order to get health care benefits (treatment, payment or enrollment). However, you do have to sign an authorization form: To take part in a research study or to receive health care when the purpose is to create health care information for a third party. You have the right to revoke this authorization in writing at any time. Once you revoke your authorization the information described above may no longer be used or disclosed for the purposes described in this authorization. Any use or disclosure already made with your permission cannot be undone. To revoke this authorization, send a written statement to Health Information Services. We prefer that you use the Revocation of Authorization for Disclosure of Patient Protected Information form available on Asante.org or available at one of our locations.

Unless revoked or you provide an expiration date this authorization will expire in 12 months. Expiration date: _____

Signature of Patient or Personal Representative _____ **Date** _____

Description of Personal Representative’s Authority _____



INSTRUCCIONES PARA LLENAR ESTE FORMULARIO

Este formulario se utiliza a fin de autorizar a Asante para que divulgue una copia de los registros a otra persona que no sea usted o su representante personal.

La información de identificación del paciente debe llenarse. Si falta información, es posible que le devuelvan el formulario.

Incluya la siguiente información:

- Nombre del paciente (en letra de molde clara)
- Otros nombres que el paciente ha usado. Si no hay ninguno, deje el espacio en blanco.
- Número de registro médico (si se conoce)
- Fecha de nacimiento
- Número de teléfono donde se puedan comunicar con usted durante el día.
- Dirección del domicilio
- Ciudad local, estado y código postal

El propósito o la necesidad de la sección de divulgación de información:

Indique el propósito de la divulgación de información encerrando en un círculo una de las opciones enumeradas o escribiendo un propósito.

Ejemplos de lo que podría escribir junto a la opción "otro":

- Solicitud de seguro
- Reclamo de seguro
- Asunto legal
- Beneficios
- Escuela
- Transferir a otro profesional de la salud
- Atención médica del paciente, etc.
- *(Para uso personal puede utilizarse sólo si se le está entregando la historia clínica a usted y sírvase utilizar el formulario de Solicitud de Paciente para obtener una copia de la historia clínica).*

Sección del formato en el que deseo recibir mis registros

Sírvase indicar el tipo de medio y la preferencia de entrega. Si no se marcan opciones, el formato predeterminado será en CD y se entregará al servicio postal de los Estados Unidos (USPS).

Información que se divulgará por parte de

Escriba el nombre y la dirección de quién tiene la información que desea divulgar, indique específicamente cuál es el hospital o clínica. *Si no se especifica, puede haber un retraso para finalizar este pedido.*

Información que se divulgará a

Indique el nombre, la dirección, el fax y el número de teléfono donde desea que se envíe la información.

Si no se especifica, puede haber un retraso para finalizar este pedido.

Escriba el nombre o la empresa a quién le toca recibir la información. Incluya:

- Nombre o empresa
- Cargo de la persona que recibirá la información. Ejemplos: abogado, médico, etc.
- Teléfono de la persona o empresa que recibirá la información
- Dirección de quién recibirá la información
- Ciudad, estado y código postal de quién recibirá la información

Información que se divulgará

- Coloque una "X" junto a la información que desea divulgar.
- Al marcar Todas las historias clínicas permitirá la divulgación de los registros necesarios para responder a su solicitud a menos que sea información confidencial.
- Al marcar la opción "otro", usted deberá describir exactamente lo que desea que se divulgue.
- Ejemplos: todas las historias clínicas relacionadas con mi lesión en la espalda, o toda la información necesaria para llenar el formulario adjunto, etc.
- COLOQUE SUS INICIALES para cualquier información confidencial protegida por la ley que desea que se divulgue. Estos informes no se divulgarán si no se marcan.

En lo que se refiere a las películas o placas de rayos X, las imágenes por resonancia magnética (MRI) u otros diagnósticos por imágenes, si desea películas/imágenes reales, debe dirigir su pedido directamente al departamento de Diagnóstico por Imágenes. Para mayor información, llame al número Medford 541-789-7154, Grants Pass 541-472-7140, Ashland 541-201-4377

Sírvase incluir la fecha de vencimiento en el formulario de Autorización de divulgación de información.

Para revocar una autorización, envíe una carta a HIS en uno de los locales de Asante.



Rogue Regional Medical Center & Asante Physician Partners Health Information Services 2825 E. Barnett Road Medford, Oregon 97504 Teléfono: 541-789-4206 Fax: 541-789-4510

Three Rivers Medical Center Health Information Services 500 S.W. Ramsey Avenue Grants Pass, Oregon 97527 Teléfono: 541-472-7133 Fax: 541-472-7129

Ashland Community Hospital Health Information Services 280 Maple Street Ashland, Oregon 97520 Teléfono: 541-201-4076 Fax: 541-488-7413

Nombre del paciente: _____

Nombre anterior (si corresponde) _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

UTILIZARSE PARA DAR AUTORIZAR A ASANTE PARA DIVULGAR UNA COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

El propósito o la necesidad de divulgar información: (Encierre en un círculo la opción deseada o escriba la razón después de la opción "otro")

Compañía de seguros Abogado Uso legal Continuar atención médica Otro:

Cómo le gustaría recibir su historia clínica: (Encierre en un círculo la opción deseada)

De forma electrónica: disco Memoria USB Correo electrónico/codificado correo electrónico/no codificado My Chart, papel, fax Otro: Si corresponde, elija una opción: recoger personalmente, por correo

Si seleccionó la opción de correo electrónico, entonces elija una de las siguientes opciones: Correo electrónico (no codificado) Nota: Entiendo que el correo electrónico no codificado aumenta el riesgo de que la información sea leída por un tercero no autorizado y que otra persona lea o tenga acceso a la información mientras se transmite Correo electrónico (codificado) Nota: los correos electrónicos codificados requieren un proceso de registro al recibir el primer correo electrónico.

Table with 2 columns: Información que se divulgará POR PARTE DE (Nombre de organización, Dirección, Teléfono, Fax) and Información que se divulgará A (Nombre, título, organización, proveedor o abogado ETC., Dirección, Ciudad, Estado, Código postal, Teléfono, Fax).

Información que se divulgará/liberará: ¿qué registros desea? [A continuación, marque la(s) casilla(s) correspondiente(s)]:

Form with checkboxes for: Fecha del servicio, Antecedentes médicos de los últimos 2 años, Reporte(s) operativo(s), Instrucciones y resumen de alta, Informe de chequeo médico y antecedentes médicos, Registros de terapia física, Estados de cuenta, Historia clínica necesaria para continuar con la atención médica, Registros de prueba genética, Resultados de la prueba de VIH, Registros psiquiátricos (salud mental).

Sus derechos como paciente de Asante

No es necesario que firme este formulario para recibir los beneficios de atención médica (tratamiento, pago o inscripción). Sin embargo, usted debe firmar un formulario de autorización: para formar parte de un estudio de investigación o para recibir atención médica cuando la finalidad sea crear información de atención médica para un tercero. Usted tiene el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Una vez que anule su autorización, la información descrita anteriormente es posible que ya no se utilice ni se divulgue para los fines que se describen en esta autorización. Cualquier uso o divulgación ya realizada con su permiso no se puede anular. Para revocar esta autorización, envíe una declaración por escrito a los Servicios de Información de Salud (Health Information Services). Preferimos que use la Revocación de Autorización para la Divulgación del Paciente Protegido disponible en Asante.org o disponible en una de nuestros locales.

A menos que se revoque o usted proporcione una fecha de vencimiento, esta autorización caducará en 12 meses. Fecha de caducidad: _____

Firma del paciente o el representante personal _____ Fecha _____

Descripción de la autoridad del representante personal _____