



SOUTHWEST MEDICAL ASSOCIATES, INC.®

a subsidiary of Sierra Health Services, Inc.®

PO Box 15645 * Las Vegas, NV 89114-5645 * Fax: (702)- 877-8310

Authorization to Disclose Protected Health Information (PHI)

YOU MUST PROVIDE COMPLETE MAILING ADDRESS, OR THIS FORM WILL BE RETURNED TO YOU

Patient Name: _____ SSN: _____ Medical Record Number: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____ Date of Birth: _____

1. I authorize the use or disclosure of the above named individual's Protected Health Information as described below.

2. The following individual or organization is authorized to make the disclosure:

Southwest Medical Associates, Inc.
Attn: Health Information Management
P.O. Box 15645
Las Vegas, NV 89114-5645

Name: _____

Address City, State, Zip Phone Number Fax Number

3. The type and amount of information to be used or disclosed is as follows: (include dates where appropriate)

- Progress Notes Medication List Immunization Record
Laboratory Results from (date) to (date)
X-Ray and Diagnostic Reports from (date) to (date)
Entire Record Other

I GIVE PERMISSION TO RELEASE ANY INFORMATION REGARDING: (Initial on Applicable Lines Below)

Substance Abuse Psychiatric/Mental Health Information HIV Information

4. REASON FOR REQUEST: (PLEASE CHECK ONE)

- Medical Care Insurance Personal Attorney Clinical Research Marketing

5. I understand that I have a right to revoke this authorization at any time. I understand that if I revoke this authorization I must do so in writing and present my written revocation to the Medical Record Department. I understand that the revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization. I understand that the revocation will not apply to my insurance company when the law provides my insurer with the right to contest a claim under my policy. Unless otherwise revoked, this authorization will expire on the following date, event, or condition: . If I fail to specify an expiration date, event or condition, this authorization will expire in six months.

6. This information will be disclosed to and used by the following individual or organization: _____

Address City, State, Zip Phone Number Fax Number

7. I understand that authorizing the disclosure of this health information is voluntary. I can refuse to sign this authorization. I need not sign this form in order to assure treatment. I understand that I may inspect or obtain a copy of the information to be used or disclosed, as provided in CFR 164.524. I understand that any disclosure of information carries with it the potential for an unauthorized redisclosure and the information may not be protected by federal confidentiality rules. If I have questions about disclosure of my health information, I can contact the Medical Record Department and obtain a copy of the Privacy Notice.

Signature of Patient: _____

Date of Signature

Signature of Parent, Guardian

Or Personal Representative (if necessary): _____

(If Guardian or Personal Representative, attach supporting documentation)

Date of Signature

THERE WILL BE A CHARGE OF 60 CENTS PER PAGE WHEN RELEASING RECORDS DIRECTLY TO THE PATIENT. PLEASE ALLOW 3-5 DAYS FOR PROCESSING. PLEASE CALL 877-8636 (M-F, 8am -5pm) THESE RECORDS ARE BEING REQUESTED FOR CONTINUITY OF CARE.



SOUTHWEST MEDICAL ASSOCIATES, INC.®

a subsidiary of Sierra Health Services, Inc.®

PO Box 15645 * Las Vegas, NV 89114-5645 * Fax: (702)- 877-8310

Autorización para divulgar Información Protegida de Salud (PHI, por su sigla en inglés)

DEBE PROPORCIONAR LA DIRECCIÓN POSTAL COMPLETA O SE LE DEVOLVERÁ ESTE FORMULARIO

Nombre del paciente: _____ Número de Seguro Social: _____ Número de Historia Clínica: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Fecha de Nacimiento: _____

- 1. Autorizo el uso o divulgación de la Información Protegida de Salud del paciente antes mencionado según se detalla más adelante.
2. Autorizo a la persona u organización que se indica a continuación a que divulgue la información:

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

- 3. Se podrá utilizar o divulgar la siguiente clase y cantidad de información (si corresponde, incluya fechas):

Form with checkboxes for: Informes de Evolución, Lista de Medicamentos, Registro de Vacunación, Resultados de laboratorio desde (fecha) hasta (fecha), Informes de diagnóstico y de radiografías desde (fecha) hasta (fecha), Historia clínica entera, Otro.

AUTORIZO A DIVULGAR INFORMACIÓN RELACIONADA CON: (Colocar iniciales en las líneas correspondientes)

_____ Drogadicción _____ Información Psiquiátrica / de Salud Mental _____ Información vinculada al VIH

- 4. MOTIVO DE SOLICITUD: (MARQUE UNA OPCIÓN)

Form with checkboxes for: Atención Médica, Seguro, Personal, Abogado, Investigación Clínica, Marketing.

- 5. Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Comprendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y debo presentar dicha revocación escrita al Archivo de Historias Clínicas [Medical Record Department]. Comprendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya revelado de conformidad con esta autorización. Comprendo que la revocación no se aplicará a mi aseguradora cuando la ley le otorgue a la misma el derecho de refutar un reclamo de mi póliza. A menos que quede revocada de otra manera, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, o ante el siguiente acontecimiento o situación: _____. Si no indico una fecha, acontecimiento o situación, esta autorización vencerá en seis meses.

- 6. La persona u organización que se indica a continuación podrá adquirir y utilizar esta información: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

- 7. Comprendo que la autorización para divulgar esta información de salud es voluntaria. Puedo rehusarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para recibir tratamiento. Comprendo que puedo revisar u obtener una copia de la información que se utilizará o divulgará, según lo establece el CFR 164.524. Comprendo que la divulgación de información implica la posibilidad de que exista una nueva divulgación no autorizada y de que las leyes federales de confidencialidad no protejan dicha información. Si tengo alguna pregunta respecto de la divulgación de la información de mi salud, puedo comunicarme con el Archivo de Historias Clínicas [Medical Record Department] para obtener una copia del Aviso de Confidencialidad.

Firma del paciente: _____ Fecha de la firma: _____

Firma del padre, tutor o representante personal (si corresponde): _____ Fecha de la firma: _____

(Si firma el tutor o el representante personal, adjunte los comprobantes) _____ Fecha de la firma: _____

SE COBRARÁ UN ADICIONAL DE 60 CENTAVOS POR PÁGINA CUANDO SE ENTREGUE LA INFORMACIÓN DIRECTAMENTE AL PACIENTE. LA TRAMITACIÓN DEMORARÁ ENTRE 3 Y 5 DÍAS. LLAME AL 877-8636 (LUN A VIER, 8 a.m. a 5 p.m.) SE SOLICITA ESTA INFORMACIÓN PARA LA CONTINUIDAD DE ATENCIÓN