

Complete this form to release or disclose your personal health record to you or another provider, or have your record released from another provider, PrimeHealth+.

Section 1. Patient Information				
Full Name			Date of Birth	
Maiden or Other Names Used			Social Security Number XXX-XX-____ (last 4 digits)	
Address				
Daytime Phone #		Cell #	Email	
Section 2. Release From				
Provider/Organization Name PrimeHealth+				
Address 526 29 ½ Road, Grand Junction, CO 81504				
		Phone # 970-200-1600	Fax # 970-200-1611	
Section 3. Release To				
Provider/Organization Name				
Address				
		Phone #	Fax #	
Section 4. Purpose				
☐ Continuation of Care	☐ Insurance	☐ Legal	☐ Personal	☐ Other (specify)
Section 5. Dates of Information to Be Released				
Date(s) of Service from		through		
Section 6. Information to be Released/Accessed				
I would like the following records to be released to the provider/organization listed in Section 3:				
☐ Progress Notes	☐ Billing Records	☐ Medications/Immunizations	☐ Imaging	☐ Labs
☐ Dental Records	☐ Other			
Section 7. Information to be Restricted				
I would NOT like the following records to be released to the provider/organization listed in Section 3:				
☐ HIV Results	☐ Sexually Transmitted Infection	☐ Alcohol/Drug Notes	☐ Mental Health	
☐ Other				
Section 8. Disclosure/Access Format				
I would like copies of the items in the following format (Paper—US Mail is the default if no selection is made.)				
☐ Paper—US Mail	☐ Paper—Pick-Up	☐ Fax		
Section 9. Patient Access Information				
- According to state statutes, PrimeHealth+ may charge for copies of medical records. - I will refer my questions regarding treatment, prognosis, or other clinical matters to my provider.				
Section 10. I Understand That				
- The information to be released may or may not include a diagnosis or reference to the following condition(s): - Behavioral health services/psychiatric care; sickle cell anemia; genetic testing; acquired immune deficiency syndrome (AIDS) or human immunodeficiency virus (HIV); or drug and/or alcohol abuse. - Without my express revocation, this authorization will automatically expire 1 year from the date signed below, unless I request an expiration date less than 1 year. - I may revoke this authorization in writing at any time, except to the extent that action has already been taken to comply with it. - Information disclosed pursuant to this authorization may be subject to redisclosure by the recipient and is no longer protected by the HIPAA Privacy rule.				

Patient/Legal Guardian Signature	Relationship (if not Patient)	Date
----------------------------------	-------------------------------	------

Legal Guardian PRINTED Name	Address	Phone Number
-----------------------------	---------	--------------

Complete este formulario para divulgar o divulgar su expediente médico personal a usted o a otro proveedor o para que otro proveedor entregue su expediente a PrimeHealth+.

Sección 1. Información para el paciente

Nombre completo		Fecha de nacimiento
Otros nombres utilizados	Número de Seguro Social XXX-XX-_____ (últimos 4 dígitos)	
Dirección		
Teléfono diurno #	Celular #	Correo electrónico

Sección 2. Liberación de

Nombre del proveedor/organización	PrimeHealth+
Dirección	526 29 ½ Road, Grand Junction, CO 81504
Número de teléfono	970-200-1600
Fax #	970-200-1611

Sección 3. Liberar a

Nombre del proveedor/organización	
Dirección	
Número de teléfono	
Fax #	

Sección 4. Propósito

☐ Continuación de la atención	☐ Seguro	☐ Legal	☐ Personal	☐ Otro (especificar)
--	---------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	---

Sección 5. Fechas de publicación de la información

Fecha(s) de servicio del	al
--------------------------	----

Sección 6. Información que se divulgará/a la que se accederá

Me gustaría que los siguientes registros se divulguen al proveedor/organización que figura en la Sección 3:				
☐ Notas de progreso	☐ Registros de facturación	☐ Medicamentos/Vacunas	☐ Imagenológica	☐ Laboratorios
☐ Registros dentales	☐ Otro			

Sección 7. Información que se restringirá

NO me gustaría que los siguientes registros se divulguen al proveedor/organización que figura en la Sección 3:			
☐ VIH Resultados	☐ Infección de transmisión sexual	☐ Notas sobre alcohol/drogas	☐ Salud mental
☐ Otro			

Sección 8. Formato de divulgación/acceso

Me gustaría obtener copias de los artículos en el siguiente formato (en papel: el correo de EE. UU. es el predeterminado si no se realiza ninguna selección).			
☐ Papel: correo de EE. UU.	☐ Papel: recogida	☐ Fax	

Sección 9. Información de acceso del paciente

- De acuerdo con los estatutos estatales, PrimeHealth+ puede cobrar por copias de registros médicos. - Remitiré mis preguntas sobre el tratamiento, el pronóstico u otros asuntos clínicos a mi proveedor.

Sección 10. Lo entiendo

- La información que se divulgará puede o no incluir un diagnóstico o una referencia a la(s) siguiente(s) condición(es): - Servicios de salud conductual/atención psiquiátrica; anemia de células falciformes; pruebas genéticas; síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH); o abuso de drogas y/o alcohol. - Sin mi revocación expresa, esta autorización caducará automáticamente 1 año después de la fecha firmada a continuación, a menos que solicite una fecha de vencimiento inferior a 1 año. - Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas para cumplirla. - La información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no está protegida por la regla de privacidad de HIPAA.
