

Complete this form to release or disclose your personal health record to you or another provider or have your record released from another provider to PrimeHealth+. **PLEASE NOTE: We can neither provide nor accept CDs.**

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		
Address		
	Phone #	Fax #

Section 3. Release To

Provider/Organization Name	PrimeHealth+
Address	526 29 ½ Road, Grand Junction, CO 81504
	Phone # 970-200-1600 Fax # 970-200-1611

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 **PLEASE NOTE: We can neither provide nor accept CDs.**

I would like copies of the items in the following format (Paper—US Mail is the default if no selection 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+. **Por favor, tenga en cuenta: No podemos aceptar ni proporcionar CD.**

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		
Dirección		
	Número de teléfono	Fax #

Sección 3. Liberar a

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 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 **Por favor, tenga en cuenta: No podemos aceptar ni proporcionar CD.**

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.

Firma del paciente/tutor legal	Relación (si no paciente)	Fecha
--------------------------------	---------------------------	-------

Tutor legal Nombre IMPRESO	Dirección	Número de teléfono
----------------------------	-----------	--------------------