

Medical Information Release Authorization



Patient's Name _____ MR# _____
Mailing Address _____ Date _____
City _____ State _____ Zip _____
Social Security # _____ DOB _____

The undersigned hereby authorizes any medical practitioner, hospital, facility, insurance company or any other person or entity that has medical records or knowledge of the medical records of the undersigned and/or the dependents listed herein, to release such information upon request to Gulfside Regional Hospice for the purpose of Gulfside Regional Hospice negotiating medical bills on the undersigned's or dependent's behalf.

The undersigned hereby grants permission to Gulfside Regional Hospice to discuss any and all medical-bill-related information with any medical practitioner, hospital, facility, insurance company or any other agency that has medical records or knowledge of the medical records of the undersigned and/or the dependents listed herein for the purpose of Gulfside Regional Hospice negotiating medical bills on the undersigned's or dependent's behalf.

The undersigned understands that:

- I may revoke this medical information release at any time, in writing, but the release shall remain valid until revoked or upon the expiration of one (1) year after release is executed, whichever occurs first.
- This release may include medical records of treatment for physical and/or emotional illness, except psychotherapy notes, including treatment of alcohol or drug abuse.
- Gulfside Regional Hospice will maintain the privacy of any information obtained and will not disclose such information to any other person or entity except as necessary to effectuate service or by express written permission by me.
- A copy of this form, including a facsimile, may be used in place of the original.

I acknowledge that I have read and understand this Medical Information Release Authorization. Further, I authorize the disclosure of my protected health information in accordance with the terms in this Authorization.

Signature

Signature of Parent/Legal Guardian
if Patient is a Minor

Patient's Name (Print)

Date

Divulgación de la información médica
(Medical Information Release)



Nombre del paciente
(Patient's Name) _____ MR# _____

Dirección de envío
(Mailing Address) _____ Date _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
(City) (State) (Zip)

N° del SS _____ Fecha de nacimiento _____
(Social Security #) (DOB)

El abajo firmante autoriza los médicos, hospitales, instalaciones, compañías de seguros o a cualquier otra persona o entidad que tenga registros médicos o información de los registros médicos del abajo firmante o de los dependientes aquí mencionados a divulgar esta información a petición de Gulfside Regional Hospice para que Gulfside Regional Hospice pueda negociar las facturas médicas en nombre del abajo firmante o de sus dependientes.

Por la presente, el abajo firmante autoriza a Gulfside Regional Hospice a discutir toda la información relacionada con las facturas médicas con cualquier médico, hospital, institución, compañía de seguros o otra agencia que tenga registros médicos o información de los registros médicos del abajo firmante o de los dependientes indicados en este documento, con el fin de que Gulfside Regional Hospice negocie las facturas médicas en nombre del abajo firmante o de sus dependientes.

El abajo firmante es consciente de que:

- Puede cancelar en cualquier momento, por escrito, esta autorización de divulgación de la información médica, pero que la autorización seguirá siendo válida hasta que la cancele o hasta que haya transcurrido un (1) año de la divulgación, lo que ocurra primero.
- Esta divulgación puede incluir registros médicos del tratamiento de enfermedades físicas y/o emocionales (excepto las notas de psicoterapia), incluido el tratamiento por alcoholismo o drogadicción.
- Gulfside Regional Hospice mantendrá de manera confidencial toda la información obtenida y no la divulgará a ninguna otra persona o entidad más que en la medida necesaria para proporcionar el servicio o por autorización expresa por mi parte.
- Se puede usar una copia de esta forma, incluido un fax, en lugar del original.

Reconozco que he leído y comprendido esta Autorización de Divulgación de la información médica. En consecuencia, autorizo la divulgación de mi información médica confidencial, según los términos de esta Autorización.

Firma del paciente (Signature)

Firma del padre/tutor legal si el paciente es menor de edad
(Signature of Parent or Legal Guardian)

Nombre del paciente (Patient's Name) (Print)

Fecha (Date)