



OFFICE USE ONLY	
Date received: _____	Provider initials: _____
Date released: _____	Initials of staff who sent info: _____

**Authorization to Disclose/Release Protected Designated Health Record Set Information**

Please complete this form in its entirety so we can help you receive the information you are requesting.

**1. This authorization is voluntary. I understand that Community First Health Centers will not base treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits on my signing this document.**

Patient full name: \_\_\_\_\_ Maiden/AKA: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

Street address: \_\_\_\_\_

City/State/Zip: \_\_\_\_\_ Telephone #: \_\_\_\_\_

Email address: \_\_\_\_\_

2.  **Myself:** I request Community First Health Centers to release my protected health information to Myself.  
**Select delivery method:**  Email  Pick up in office  US Mail (to address listed above)  Fax: \_\_\_\_\_

3.  **Other:** I am the patient or the legally-authorized representative of the patient listed above and I request Community First Health Centers to release my protected health information (or the protected health information of the patient named above) to:

Individual/person: \_\_\_\_\_ Company/organization: \_\_\_\_\_

Street address: \_\_\_\_\_

City/State/Zip: \_\_\_\_\_ Telephone #: \_\_\_\_\_

Fax #: \_\_\_\_\_

Select delivery method:  Fax  US Mail  E-mail: \_\_\_\_\_

**4. Purpose of release/disclosure to another person/organization:**

- Continuation/transfer of care
- Worker's compensation
- Attorney/legal
- Patient directive
- Insurance company
- Other (specify): \_\_\_\_\_

**5. Records to be released:**

I hereby authorize Community First Health Centers to release/receive any and all medical records and information as specified below, relating to my care and treatment which may include x-rays, photographs, electronic and digital files and any other records, unless I expressly direct or specify otherwise. I understand that medical information may include records, if any, relating to treatment for alcohol and drug abuse protected under the regulations in 42 C.F.R. Part 2; psychiatric/psychological services and social work records, and any information regarding communicable diseases and infections, defined by Michigan Department of Public Health rule, which can include tuberculosis, venereal diseases, sexually transmitted diseases, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), human immunodeficiency virus (HIV), or AIDS-Related Complex (ARC). This does not include psychotherapy notes.

**Information to be released (be specific):**

- Transfer of x-ray results records (unless told otherwise, this is typically all another dental clinic would like sent) [specify date(s)]: \_\_\_\_\_
- Clinical Chart Notes [specify date(s)]: \_\_\_\_\_
- Perio Chart [specify date(s)]: \_\_\_\_\_
- The Designated Record Set (this is the entire dental record, including billing information): \_\_\_\_\_

Check below for any **EXCLUSION:**

- Alcohol/Substance Abuse  Mental Health Records  HIV/AIDS
- Other (specify): \_\_\_\_\_

OFFICE USE ONLY			
Date received:	_____	Provider initials:	_____
Date released:	_____	Initials of staff who sent info:	_____

**6. Release of records TO Community First Health Centers:**

I authorize release of records to **Community First Health Centers**  
**ATTN: Dental Department**  
**1011 Military Street**  
**Port Huron, MI 48060**  
**Fax # 810-488-8003 from:** \_\_\_\_\_

OFFICE USE ONLY		
<b>Send medical records via:</b>		
<input type="checkbox"/> US Mail	<input type="checkbox"/> Fax	<input type="checkbox"/> Email

I authorize release of records to **Community First Health Centers**  
**ATTN: Dental Department**  
**58144 Gratiot Avenue, PO Box 480430**  
**New Haven, MI 48048**  
**FROM: Fax # 586-749-5381 from:** \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_  
 Street Address: \_\_\_\_\_ City/State/Zip: \_\_\_\_\_  
 Telephone #: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_

7. I may revoke this authorization in writing by sending a written notice to the Community First Health Centers location where I received services, addressed to the attention of Medical Records. A request to revoke an authorization would not affect any actions already taken by Community First Health Centers based upon this authorization. I may not be able to revoke this authorization if its purpose was to obtain insurance. I may inspect or copy (at additional expense) the information to be used or disclosed, as provided in CFR 164.524. **This authorization expires upon my revocation of this consent or within one calendar year of being signed. If you wish to have this authorization expire before one calendar year, please indicate the date of expiration here:** \_\_\_\_\_.
8. To protect your health record information, any information requested to be sent by email will be encrypted and password protected unless it is requested otherwise. Communications sent by email over the Internet are not always secure and may be intercepted and read/received by someone other than who it was addressed to. Choosing to have the requested health information by email implies that you accept this risk.

Patient or legally-authorized individual signature	Print name	Date	Time
Witness signature	Date	<input type="checkbox"/> Translation provided	

The Standards for Privacy of Personally Identifiable Health Information, 45 CFR Parts 160 and 164, states that information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to disclosure by the recipient of this information. The federal confidentiality Rules CFR Part 2 prohibit making any further disclosure of drug or alcohol information unless further disclosure if this information is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR Part 1. 11/14/2018



This institution is an equal opportunity provider.  
 Partially funded by a Bureau of Primary Health Care, Health Resources and Services Administration, U.S. Department of Health, and Human Services Grant

**Autorización Para Divulgar/Liberar Información Protegida De Registros De Salud Designados**

Complete este formulario en su totalidad para que podamos ayudarlo a recibir la información que solicita.

**1. Esta autorización es voluntaria. Entiendo que Community First Health Centers no basará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad de beneficios con mi firma en este documento**

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Nombre de Soltera/o: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_ # Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

2.  **Yo mismo:** Solicito a Community First Health Centers que me divulgue mi información médica protegida a mí mismo.  
**Seleccione el método de entrega:**  Correo electrónico  Recoger en la oficina  Correo (a la dirección indicada anteriormente)  Fax: \_\_\_\_\_

3.  **Otro:** Soy el paciente o representante legal autorizado del paciente mencionado anteriormente y solicito a Community First Health Centers que divulgue la información médica protegida (o la información del paciente mencionada anteriormente) a:

Individuo/Persona: \_\_\_\_\_ Empresa/Organización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_ # Teléfono: \_\_\_\_\_

# Fax: \_\_\_\_\_

Seleccione el método de entrega:  Fax  Correo de EE. UU.  Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**4. Propósito de la divulgación/divulgación a otra persona/organización:**

- Continuación/Transferencia
- Abogado/Legal
- Compañía de seguro
- Compensación del trabajo
- Directiva del paciente
- Otra razon(especifique): \_\_\_\_\_

**5. Registros médicos para divulga:**

Yo presente, autorizo a Community First Health Centers a divulgar/recibir todos y cada uno de los registros médicos y la información que se especifica a continuación, relacionados con mi atención y tratamiento, que pueden incluir radiografías, fotografías, archivos electrónicos y digitales y cualquier otro registro, a menos que yo indique o especifique expresamente lo contrario. Entiendo que la información médica puede incluir registros, si los hay, relacionados con el tratamiento para el abuso de alcohol y drogas protegidos por las regulaciones en 42 C.F.R. Parte 2; servicios psiquiátricos / psicológicos y registros de trabajo social, y cualquier información sobre enfermedades e infecciones transmisibles, definidas por la regla del Departamento de Salud Pública de Michigan, que puede incluir enfermedades venéreas de tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, adquirir síndrome de inmunodeficiencia (SIDA), virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o complejo relacionado con el SIDA (ARC). Esto no incluye notas de psicoterapia.

**Información que debe divulgarse (ser específico):**

- Transferencia de registro rayos-x resultados (esto es típicamente todo lo que otra clínica dental le gustaría enviar, a menos que se indique lo contrario) [especifique fecha (s)]: \_\_\_\_\_
- Notas clínicas del expediente [especifique la(s) fecha(s)]: \_\_\_\_\_
- Tabla de Perio [especifique fecha (s)]: \_\_\_\_\_
- El Conjunto de Registros Designados (este es el expediente dental complete incluyendo información de facturación): \_\_\_\_\_

Verifique a continuación cualquier **EXCLUSIÓN:**

- Abuso de alcohol/sustancias
- Registros de salud mental
- VIH/SIDA
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_

OFFICE USE ONLY			
Date received:	_____	Provider initials:	_____
Date released:	_____	Initials of staff who sent info:	_____

**6. Divulgación de registros A Community First Health Centers:**

Autorizo la divulgación de registros a **Community First Health Centers**

**ATTE: Dental Department**  
**1011 Military Street**  
**Port Huron, MI 48060**  
**Fax # 810-488-8003 De:** \_\_\_\_\_

OFFICE USE ONLY		
<b>Send medical records via:</b>		
<input type="checkbox"/> US Mail	<input type="checkbox"/> Fax	<input type="checkbox"/> Email

Autorizo la divulgación de registros a **Community First Health Centers**

**ATTE: Dental Department**  
**58144 Gratiot Avenue, PO Box 480430**  
**New Haven, MI 48048**  
**Fax # 586-749-5381 De:** \_\_\_\_\_

**De:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Ciudad/Estado/Código postal:** \_\_\_\_\_

**# Teléfono:** \_\_\_\_\_ **# Fax:** \_\_\_\_\_

**7. Puedo revocar esta autorización enviando un aviso por escrito a la ubicación de Community First Health Centers donde recibió servicios dirigidos a la atención de Registros Médicos. Una solicitud para revocar una autorización no afectaría ninguna acción ya tomada por Community First Health Centers basada en esta autorización. Es posible que no pueda revocar esta autorización si su propósito era obtener un seguro. Puedo inspeccionar o copiar (a un costo adicional) la información que se utilizará o divulgará, según lo dispuesto en CFR 164.524. Esta autorización expira cuando revocé este consentimiento o dentro de un año calendario de haber sido firmado. **Si desea que esta autorización caduque antes de un año calendario, indique la fecha de vencimiento aquí:** \_\_\_\_\_.**

**8. Para proteger la información de su registro de salud, cualquier información solicitada para ser enviada por correo electrónico será encriptada y protegida con contraseña a menos que se solicite lo contrario. Las comunicaciones enviadas por correo electrónico a través de Internet no siempre son seguras y pueden ser interceptadas y leídas / recibidas por alguien que no sea a quien se dirigieron. Elegir tener la información de salud solicitada por correo electrónico implica que usted acepta este riesgo.**

_____	_____	_____	_____
<b>Firma del paciente o de la persona legalmente autorizada</b>	<b>Nombre Escrito</b>	<b>Fecha</b>	<b>Hora</b>
_____	_____		
<b>Firma del testigo</b>	<b>Fecha</b>	<input type="checkbox"/> <b>Traducción proporcionada</b>	

The Standards for Privacy of Personally Identifiable Health Information, 45 CFR Parts 160 and 164, states that information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to disclosure by the recipient of this information. The federal confidentiality Rules CFR Part 2 prohibit making any further disclosure of drug or alcohol information unless further disclosure if this information is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR Part 1. 11/14/2018



This institution is an equal opportunity provider.  
Partially funded by a Bureau of Primary Health Care, Health Resources and Services Administration, U.S. Department of Health, and Human Services Grant