

Patient's Name _____
 Patient's Address _____
 City, State, Zip _____ Date of Birth _____
 Telephone No. _____ Medical Record # _____ #SS _____

Release of Information from Erlanger*

I authorize Erlanger Health System to release an electronic copy of my medical record to _____
 Email Address _____

I authorize Erlanger Health System to release copies of my record as listed below. The information should be sent to:
Four Bridges Dermatology And Cosmetics PLLC
Name of Physician, Institution, Self, etc.
 1247 Riverfront Parkway Suite 205
Address
 Chattanooga TN 37402
City, State, Zip
 423-521-4232 423-521-4235
Telephone Number Fax Number

Release of Information to Erlanger

I authorize the release of information from:
Name of Physician, Institution, etc.

Address

City, State, Zip

 Please send information requested below to:
 Dr. _____
 Dept/Clinic _____
 Telephone Number _____ Fax Number _____

*Please note that information disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer protected by Erlanger Health System.

DATES OF TREATMENT (Which dates of treatment do you need records for?)
 Dates: ALL

The information that is to be released should be detailed to specific dates of service, treatment, etc. A meaningful description of the information to be disclosed should be provided.

Information to be Released

<input type="checkbox"/> Discharge Summary	<input type="checkbox"/> EKG	<input type="checkbox"/> Clinic Visits
<input type="checkbox"/> History & Physical	<input type="checkbox"/> Lab	<input type="checkbox"/> ER Records
<input type="checkbox"/> Operative Report	<input type="checkbox"/> Physicians Orders	
<input type="checkbox"/> X-Ray	<input checked="" type="checkbox"/> Other	

ALL Dermatology Records

Reason for Disclosure

<input type="checkbox"/> Attorney	<input type="checkbox"/> Disability
<input type="checkbox"/> Social Security	<input type="checkbox"/> Insurance
<input checked="" type="checkbox"/> Continuation of Care	<input type="checkbox"/> Deposition
<input type="checkbox"/> Workmen's Compensation	<input type="checkbox"/> Billing
<input type="checkbox"/> Other (Please Specify Below)	

Expiration date for expressed authorization is _____. If the patient does not express a desire for a specific date or condition to revoke their authorization, this authorization, will expire ninety days from the date signed by the patient or legal authorized agent. I have read, or have had read to me, the above statements, and understand them as they apply to me. I further understand that I may revoke this authorization at any time, except to the extent that action has already been taken in accord with this authorization. Revocation by the patient or legal representation is allowable only in the event that release of information has not already occurred. Specific expectations to revoke an authorization exist, as detailed by federal law, such as:

- EHS has taken action in reliance thereon, or
- The authorization was obtained as a condition of obtaining insurance coverage, whereby another law provides the insurer with the right to contest a claim under the policy.

In order to revoke an authorization, a written document stating the intent of the patient to revoke such authorization must be either presented in person to or delivered by certified mail to the Privacy Officer of Erlanger Health System. This revocation document must contain the signature of the patient or patient's legal representative, and that signature must be formally certified by a Notary Public.

I understand that treatment, payment, enrollment, or eligibility of benefits may not be conditioned on obtaining this authorization.

Signature of Patient or Appropriate Legal Representative _____ Date _____
 (If a personal representative of the individual signs the authorization, a description of such representative's authority to act on behalf of the individual must be provided)

Relationship If Not Patient _____
 Photo ID was provided ____ yes ____ no. If no, the form of patient identification must be so stated and a copy provided with the authorization. In order to be valid the signature on the authorization must be after the date of service that is being requested for release.

Witness _____ Date _____

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION

PATIENT IDENTIFICATION



Nombre del Paciente _____
 Direccion del Paciente _____
 Ciudad, Estado, Codigo Postal _____ Fecha de Nacimiento _____

Telefono _____ No. De Historia Medica _____ #SS _____

Liberación de información desde Erlanger*

Autorizo el sistema de la salud de Erlanger para lanzar una copia electrónica de mi informe médico a _____
 Email Address _____

Yo autorizo al Sistema de Salud Erlanger para liberar mi historia medica listada aquí. Esta información debe ser enviada a:
Four Bridges Dermatology And Cosmetics PLLC
Nombre del Medico, Institución, etc.
1247 Riverfront Parkway
Dirección
Chattanooga TN 37402
Ciudad, Estado, Código Postal
606-344-2036
Numero de Telefono *Numero de Fax*

Liberación de Información para Erlanger

Yo autorizo la liberación de información desde:

Nombre del Medico, Institución, etc.

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal
 Por favor enviar esta información al:
 Dr. _____
 Dep.. Clinica _____
 No. De Telefono _____ No. De Fax _____

*Tomen nota que la información que se libera después puede someterse a una re-liberación por la persona o institución que la recibe y no estara protegida por el Sistema de Salud Erlanger.

FECHAS DEL TRATAMIENTO (Para que fechas de tratamiento necesita la historia medica?)
 Fechas: ALL

La información que se libera debe ser especifica para las fechas de servicio, tratamiento, etc. Deben dar una descripción exacta de la información que se debe liberar.

Información que se debe liberar

<input type="checkbox"/> Resumen de la Dada de Alta	<input type="checkbox"/> EKG	<input type="checkbox"/> Visita Clinica
<input type="checkbox"/> Historia y Chequeo Fisico	<input type="checkbox"/> Lab	<input type="checkbox"/> Emergencia
<input type="checkbox"/> Informe Operativo	<input type="checkbox"/> Ordenes Medicas	
<input type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Otros	

ALL Dermatology Records

Razones por la Solicitud

<input type="checkbox"/> Abogado	<input type="checkbox"/> Incapacidad
<input type="checkbox"/> Seguro Social	<input type="checkbox"/> Seguro Medico
<input checked="" type="checkbox"/> Cuidado Continuo	<input type="checkbox"/> Deposicion
<input type="checkbox"/> Compensación Laboral	<input type="checkbox"/> Facturación
<input type="checkbox"/> Otros (favor especificar abajo)	

Fecha de vencimiento de esta autorización es el _____. Si el paciente no da una fecha específica o una condición para revocar esta autorización, esta autorización vencerá dentro de 90 días después que el paciente o la persona autorizada la firme.
 He leído o me han leído las declaraciones arriba mencionadas y comprendo en la forma que se refieren a mí. También comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en lo que se refiere a cualquier acción ya tomada con esta autorización. Se permite la revocación por parte del paciente o el representante legal solamente si la liberación de información no haya ocurrido. Existen expectativas específicas para revocar la autorización, en la forma que se detallan por la ley federal, como:
 • EHS ha tomado acción apoyándose en el documento o
 • La autorización fue obtenida con el propósito de conseguir cobertura del seguro, y otra ley le da a la aseguradora el derecho de protestar el reclamo en la póliza.
 Para revocar la autorización, se debe presentar en persona o por correo certificado al Oficial de Privacidad del Sistema de Salud Erlanger, un documento escrito que establece la intención del paciente de revocar dicha autorización. Este documento revocatorio debe contener la firma del paciente o de su representante legal y esa firma debe ser certificada por Notario Público.
 Entiendo que el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios puede no ser condicionado por la obtención de esta autorización.

Firma del Paciente o Representante Legal Apropiado _____ Fecha _____
 (Si un representante personal del individuo firma la autorización, se debe presentar una descripción de la autorización del representante para actuar en su nombre)

Si no es el paciente, parentesco con el paciente
 Se entrego ID con foto _____ si _____ no. Si es no, la identificación del paciente debe establecerse y una copia entregada con la autorización para validar la firma en la autorización que debe ser después de la fecha del servicio solicitado para su liberación.

Testigo _____ Fecha _____

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACION

PATIENT IDENTIFICATION

