



**HEALTH INFORMATION MANAGEMENT**

300 Second Ave. Long Branch, NJ 07740 Fax # 732-923-7404 e-mail: [mmcroimedicallrecords@rwjbh.org](mailto:mmcroimedicallrecords@rwjbh.org)

**AUTHORIZATION TO DISCLOSE HEALTH INFORMATION**

PATIENT NAME: \_\_\_\_\_ D.O.B.: \_\_\_\_\_

ADDRESS: \_\_\_\_\_

TELEPHONE: \_\_\_\_\_

I hereby authorize Monmouth Medical Center of Long Branch, NJ to disclose my health information to:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

The information to be disclosed to and used by the above is for the following purpose: \_\_\_\_\_

This authorization is limited to the following dates of treatment: FROM \_\_\_\_\_ TO \_\_\_\_\_

Information to be disclosed:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> EMERGENCY ROOM RECORD       | <input type="checkbox"/> CONSULTATIONS       | <input type="checkbox"/> COMPLETE RECORD           |
| <input type="checkbox"/> HISTORY & PHYSICAL EXAM     | <input type="checkbox"/> PROGRESS NOTES      | <input type="checkbox"/> ABSTRACT                  |
| <input type="checkbox"/> OPERATIVE REPTS & PATHOLOGY | <input type="checkbox"/> LAB, X-RAYS & TESTS | <input type="checkbox"/> X-RAY FILMS (go to x-ray) |
| <input type="checkbox"/> DISCHARGE SUMMARY           | <input type="checkbox"/> NURSES' NOTES       | <input type="checkbox"/> REHAB./OCCUP. THERAPY     |
| <input type="checkbox"/> CLINIC RECORD               | <input type="checkbox"/> BILLING INFORMATION | <input type="checkbox"/> OTHER _____               |

**I understand that the information to be disclosed includes my identity, diagnosis and treatment including ALCOHOL, DRUGS, GENETIC TESTING, BEHAVIORAL OR MENTAL HEALTH SERVICES, REPRODUCTIVE RIGHTS, SEXUALLY TRANSMITTED & INFECTIOUS DISEASES, AIDS and HIV information, as applicable.**

It is my intent that the use of the information furnished is prohibited for any purpose other than stated above and that the recipient is prohibited from disclosing this information to any other party to whom disclosure is not necessary or required for the purpose stated above.

I understand that I have the right to revoke this authorization at any time. I understand if I revoke this authorization, I must do so in writing and present my written revocation to the Health Information Management Department. I understand that this revocation will not apply to the extent that Monmouth Medical Center has already taken action in reliance on this authorization. I understand the revocation will not apply to my insurance company when law provides my insurer with the right to contest a claim under my policy. This authorization will automatically expire 90 days from the date of my signature, unless I otherwise specify that this authorization will terminate on the following date, or concurrently with the following event or condition: \_\_\_\_\_.

I understand that authorizing the disclosure of this health information is voluntary. I can refuse to sign this authorization. I need not sign this form in order to assure treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits. I understand I may inspect or obtain a copy of the information to be used or disclosed, as provided in CFR 164.524. I understand any disclosure of information carries with it the potential for an un-authorized re-disclosure and the information may not be protected by federal confidentiality rules. If I have questions about disclosure of my health information, I can contact the Health Information Management Department at (732) 923-7400.

PATIENT SIGNATURE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

If legal representative, sign below and state relationship and authority to do so and attach the document of authority.

LEGAL REPRESENTATIVE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

RELATIONSHIP: \_\_\_\_\_

WITNESS: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

**COPY OF AUTHORIZATION TO PATIENT**

MR No. \_\_\_\_\_

Departamento de Historias Clínicas  
300 2nd Ave., Long Branch, NJ 07740

Fax to: 732.923.7404

e-mail: mmcroimedicalrecords@rwjbh.org

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR LA INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

ADDRESS: \_\_\_\_\_ TELEPHONE: \_\_\_\_\_

Por el presente documento autorizo a Monmouth Medical Center de Long Branch, NJ a revelar la información sobre mi salud a:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La información se revelará a los mencionados anteriormente con el propósito de: \_\_\_\_\_

La presente autorización está limitada a las siguientes fechas de tratamiento: DE: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_

Información a revelarse:

- |  |                                 |   |
|--|---------------------------------|---|
| ↑ HISTORIA CLÍNICA SALA DE URGENCIAS                     | ↑ CONSULTAS                     | ↑ HISTORIA CLÍNICA COMPLETA                           |
| ↑ HISTORIA Y EXAMEN FÍSICO                               | ↑ NOTAS SOBRE PROGRESO          | ↑ RESUMEN   |
| ↑ REPETICIONES DE PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS Y PATOLOGÍA | ↑ LAB., RADIOGRAFÍAS Y EXÁMENES | ↑ PELÍCULAS DE RADIOGRAFÍAS (Incluyendo Radiografías) |
| ↑ RESUMEN DEL ALTA                                       | ↑ NOTAS DE ENFERMERAS           | ↑ INFORMACIÓN FACTURACIÓN                             |
| ↑ REGISTRO DE CLÍNICA                                    | ↑ REHAB. RECORDS                | ↑ OTRA INFORMACIÓN                                    |

**Entiendo que la información a revelarse incluye mi identidad, diagnóstico y tratamiento, y además: ALCOHOL, DROGAS, EXÁMENES GENÉTICOS, SERVICIOS DE LA CONDUCTA Y SALUD MENTAL, DERECHOS REPRODUCTIVOS, información sobre ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TRANSMITIDAS SEXUALMENTE, SIDA y VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA, según corresponda. Si no quiere revelar información destacado arriba, escribe la clase de información y firme aquí: \_\_\_\_\_ Iniciales \_\_\_\_\_**

Es mi propósito que la información suministrada esté prohibida para todo otro fin que los establecidos anteriormente y que se prohíbe revelar la presente información a cualquier tercero para quien dicha revelación no es necesaria o requerida para los fines estipulados arriba.

Entiendo que tengo el derecho a revocar la presente autorización en cualquier momento. Entiendo que en caso de revocarla, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita a la Gerencia de información sobre la salud.

Entiendo que esta revocación no se aplicará en el caso que Monmouth Medical Center haya ya procedido de acuerdo con la presente autorización. La presente autorización vencerá a los 120 días a contar desde la fecha de mi firma, al menos que yo especifique que dicho vencimiento se producirá en la fecha siguiente, o sujeto al hecho o a la condición siguiente: \_\_\_\_\_

Entiendo que la autorización para revelar la presente información sobre la salud es voluntaria. Puedo rehusarme a firmar el presente documento. No necesito firmar el presente documento para asegurarme que recibiré el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios. Entiendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información a utilizarse o revelarse, de acuerdo con lo establecido en CFR 164.524. Entiendo que toda revelación de información implica la posibilidad de una repetición no autorizada de revelación y la información puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad. Si tengo inquietudes respecto a la revelación de la información sobre mi salud puedo ponerme en contacto con la Gerencia de Información sobre la salud llamando al (732) 923-7400.

**Entiendo que hay costos que tengo que pagar;** estimado en el costo de hacer la copia o un peso por pagina hasta la pagina numero 100, después es .25 centavos por pagina, pero lo mas que me puedes a cobrar es \$200.

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Si se trata de un representante legal, firme al pie, declare la relación y autorización para firmar. Acompañe el documento de autorización.

REPRESENTANTE LEGAL: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
TESTIGO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

