Gulfside Hospice & Pasco Palliative Care
Lic. 1989, 2009

AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)
(PLEASE PRINT)

PATIENT NAME:_____**MR #**_____

DATE OF BIRTH (mm/dd/yyyy):_____**PHONE(w/area code):**_____

I hereby authorize Gulfside Hospice & Pasco Palliative Care to obtain my medical records for the purpose of coordinating treatment, payment, and health care operations; with the exception of:

- ☐ Psychiatric / mental health information
- ☐ Alcohol / drug treatment information
- ☐ Other exceptions:_____
- ☐ Release with no exceptions

The undersigned understands that:

- This authorization will remain in effect while under the care of Gulfside Hospice & Pasco Palliative Care.
- He/she has the right to revoke this authorization at anytime, and that is must be done so in writing to the Health Information Department.
- Authorizing the disclosure is voluntary

_____

Date Signed | Patient or Legal Representative Signature | Relationship

If signed by legal representative, witnessed by:

_____

Date Signed | Witness Signature | Relationship

If patient is unable to sign, state reason: _____

Autorización para la divulgación de información de salud protegida

(por favor imprimir)

NOMBER DEL PACIENTE:_____**MR #**_____

FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/yyyy):_____

TELÉFONO CON CÓDIGO DE ÁREA:_____

Por la presente autorizo Gulfside Hospice & Pasco Palliative Care para obtener mis registros médicos con el fin de coordinar las operaciones de tratamiento, pago y atención médica; con la excepción de:

- ☐ Información de salud psiquiátrica / mental
- ☐ Información sobre el tratamiento de alcohol / drogas
- ☐ Otras excepciones:_____
- ☐ Suelte sin excepciones

El que suscribe entiende que:

- Esta autorización se mantendrá vigente mientras estaba bajo el cuidado de Gulfside Hospice & Pasco Palliative Care.
- Él / ella tiene el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, y que se debe hacer por escrito al Departamento de Información de Salud.
- Autorizar la divulgación es voluntaria.

_____

Fecha de la firma paciente o la firma del representante legal relación

Si es firmado por el representante legal, en presencia de:

_____

Fecha de la firma firma de un testigo relación

Si el paciente no puede firmar, por estado_____