

Authorization for Disclosure of Protected Health Information



Member Name: _____ Date of Birth: _____

Full Address: _____

Maiden/Previous Name: _____

Email Address: _____ Phone Number: _____

Release Information FROM:

<input type="checkbox"/> Sanford Health Plan	
<input type="checkbox"/> Other - specify organization, facility, provider below:	

Name _____	
Street Address _____	
City _____	
State _____	Zip Code _____
Phone _____	Fax _____

Release Information TO:

Specify organization, department or individual below:	

Name _____	
Street Address _____	
City _____	
State _____	Zip Code _____
Phone _____	Fax _____
Email _____	

Purpose of Release:

<input type="checkbox"/> Continuing medical care	<input type="checkbox"/> Personal
<input type="checkbox"/> Insurance/eligibility and benefits	<input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Other: _____

Delivery Method: (Select One)

Date Information Needed by:

<input type="checkbox"/> Secure Email (will be sent to above email address unless otherwise specified)
<input type="checkbox"/> Fax to fax # listed above
<input type="checkbox"/> Paper (will be sent via USPS mail)

Information to be Released:

Service Dates to be released: From: _____ To: _____	
<input type="checkbox"/> Eligibility/enrollment records	<input type="checkbox"/> Prior authorization records
<input type="checkbox"/> Case/medical management records	<input type="checkbox"/> Claims adjudication records
<input type="checkbox"/> Explanation of benefits	
<input type="checkbox"/> Other (describe the specific information): _____	

I AUTHORIZE RELEASE OF ALL ALCOHOL AND / OR DRUG TREATMENT RECORDS THAT ARE PART OF THE RECORDS I SPECIFIED ABOVE UNLESS OTHERWISE INDICATED BELOW:

_____ Do **not** release alcohol or drug treatment records protected under federal law.

I may revoke this authorization at any time by sending written notice to the facility/provider releasing records. A revocation is not valid if (1) action was previously taken in reliance on this authorization, or (2) if this authorization was obtained as a condition for obtaining insurance coverage. I authorize the facility/provider to disclose medical information to the party identified in the "Release Information To" section. I understand this may include information regarding mental health, alcohol/drug use, and HIV treatment. I understand that once disclosed, information may be re-disclosed by the recipient and no longer protected. I understand this authorization is voluntary and that I may refuse to sign. Unless allowed by law, my refusal to sign will not affect my ability to obtain treatment, receive payment, or my eligibility for benefits. **This authorization expires one year from the date of my signature unless I specify a different event, purpose or alternative expiration date here:** _____

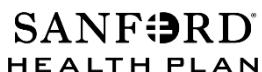
Signature: _____ **Date:** _____ **Time:** _____

Relationship of Person Signing (If not member): _____

Return completed form to: Sanford Health Plan: PO Box 91110 Sioux Falls, SD 57109

Phone: (800) 752-5863 (TTY:711) **Fax:** (605) 328-6812 **Email:** memberservices@sanfordhealth.org

Autorización para la divulgación de información de salud protegida



Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección completa: _____

Apellido anterior/de soltera: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____

Divulgar información **DE**: _____ Divulgar información **A**: _____

<input type="checkbox"/> Sanford Health Pla
<input type="checkbox"/> Otro: a continuación, especifique la organización, el centro y el proveedor:
Nombre _____
Dirección _____
Ciudad _____
Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____ Fax _____

A continuación, especifique la organización, el departamento o la persona:	
Nombre _____	
Dirección _____	
Ciudad _____	
Estado _____	Código postal _____
Teléfono _____	Fax _____
Correo electrónico _____	

Motivo de divulgación:

<input type="checkbox"/> Continuación de la atención médica	<input type="checkbox"/> Personal	
<input type="checkbox"/> Seguro/elegibilidad y beneficios	<input type="checkbox"/> Legal	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Método de entrega: (seleccione uno) Fecha en la que se necesita la información:

<input type="checkbox"/> Correo electrónico seguro (se enviará a la dirección de correo electrónico indicada anteriormente a menos que se especifique lo contrario)
<input type="checkbox"/> Fax al número de fax indicado anteriormente
<input type="checkbox"/> Papel (se enviará por correo del servicio postal de los Estados Unidos)

Información que se divulgará:

Fechas de servicios que se divulgará: Hasta: _____ Desde: _____	
<input type="checkbox"/> Registros de elegibilidad/inscripción	<input type="checkbox"/> Registros de autorización previos
<input type="checkbox"/> Registro de casos/tratamientos médicos	<input type="checkbox"/> Registros de adjudicación de reclamaciones
<input type="checkbox"/> Explicación de beneficios	
<input type="checkbox"/> Otro (describa la información específica): _____	

AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE TODOS LOS REGISTROS DE TRATAMIENTOS PARA EL ABUSO DE ALCOHOL O DROGAS QUE FORMEN PARTE DE LOS REGISTROS QUE ESPECIFIQUÉ ANTERIORMENTE A MENOS QUE SE INDIQUE LO CONTRARIO A CONTINUACIÓN:

_____ **No** divulgue registros de tratamientos para el abuso de alcohol o drogas protegidos por la ley federal.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso por escrito al centro/proveedor que divulgará los registros. Una revocación no es válida si (1) se tomaron medidas anteriormente en función de esta autorización o (2) si esta autorización se obtuvo como condición para obtener una cobertura de seguro. Autorizo al centro/proveedor a divulgar información médica a la parte identificada en la sección "Divulgar información A". Entiendo que esto puede incluir información sobre salud mental, abuso de alcohol/drogas y tratamiento del VIH. Entiendo que una vez que se divulgue, el destinatario puede volver a divulgar la información y esta dejará de estar protegida. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. A menos que la ley lo permita, si me niego a firmar esta autorización, no se verá afectada mi capacidad para recibir tratamiento o pagos ni mi elegibilidad para recibir beneficios. **Esta autorización vencerá un año después de la fecha de mi firma a menos que especifique un caso o propósito diferente, o una fecha de vencimiento alternativa aquí:** _____

Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Relación de la persona que firma (si no es miembro): _____

Entregue el formulario completo a Sanford Health Plan: PO Box 91110 Sioux Falls, SD 57109

Phone: (800) 752-5863 (TTY:711) Fax: (605) 328-6812 Email: memberservices@sanfordhealth.org