

Authorization for Disclosure of Protected Health Information



Member Name: _____ Date of Birth: _____

Full Address: _____

Maiden/Previous Name: _____

Email Address: _____ Phone Number: _____

Release Information FROM:

☐ Sanford Health Plan	
☐ 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:

☐ Continuing medical care	☐ Personal
☐ Insurance/eligibility and benefits	☐ Legal ☐ Other: _____

Delivery Method: (Select One)

Date Information Needed by:

☐ Secure Email (will be sent to above email address unless otherwise specified)
☐ Fax to fax # listed above
☐ Paper (will be sent via USPS mail)

Information to be Released:

Service Dates to be released: From: _____ To: _____	
☐ Eligibility/enrollment records	☐ Prior authorization records
☐ Case/medical management records	☐ Claims adjudication records
☐ Explanation of benefits	
☐ 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:** _____

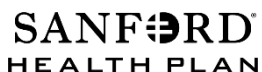
Signature: _____ **Date:** _____ **Time:** _____

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) 328-6811 **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**:

- ☐ **Sanford Health Pla**
☐ **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:

☐ Continuación de la atención médica

☐ Personal

☐ Seguro/elegibilidad y beneficios

☐ Legal

☐ Otro: _____

Método de entrega: (seleccione uno)

Fecha en la que se necesita la información:

☐ Correo electrónico seguro (se enviará a la dirección de correo electrónico indicada anteriormente a menos que se especifique lo contrario)

☐ Fax al número de fax indicado anteriormente

☐ Papel (se enviará por correo del servicio postal de los Estados Unidos)

Información que se divulgará:

Fechas de servicios que se divulgará: Hasta:

Desde:

☐ Registros de elegibilidad/inscripción

☐ Registros de autorización previos

☐ Registro de casos/tratamientos médicos

☐ Registros de adjudicación de reclamaciones

☐ Explicación de beneficios

☐ 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) 328-6811 Email: memberservices@sanfordhealth.org

Autorización para divulgación de información de salud protegida (PHI) – SHP