



Door County Medical Center

IN PARTNERSHIP WITH HOSPITAL SISTERS HEALTH SYSTEM

323 S. 18th Ave. • Sturgeon Bay, WI 54235-1401

AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL RECORDS

Fax: 920-746-3534 • Phone: 920-746-0510

Patient Information: Información del paciente:	Patient name / Nombre del paciente: _____ Date of Birth / Fecha de nacimiento: _____ Previous name(s) / Nombres previous: _____ Address / Dirección: _____ City / Ciudad: _____ State / Estado: _____ ZIP / Código Postal: _____ Phone / Teléfono: _____
Health Information Released FROM: <i>(Who has the information you want released?)</i> Información de salud revelada de: <i>(¿Quién tiene la información deseada?)</i>	Door County Medical Center OR ☐ Other: – Person/Organization / Otra-Persona/Organización: _____ Attn/Department / Atención/Departamento: _____ Phone / Teléfono: _____ Fax: _____ Address / Dirección: _____ City / Ciudad: _____ State / Estado: _____ ZIP / Código Postal: _____
Health Information Released TO: <i>(Where do you want the information sent?)</i> Información para revelar a: <i>(¿Adónde quiere mandar la información?)</i>	Door County Medical Center OR ☐ Other: – Person/Organization / Otra-Persona/Organización: _____ Attn/Department / Atención/Departamento: _____ Phone / Teléfono: _____ Fax: _____ Address / Dirección: _____ City / Ciudad: _____ State / Estado: _____ ZIP / Código Postal: _____
Health Information to be Released: <i>(What information do you want sent or released? Check the appropriate box)</i> Información para ser revelada: <i>(¿Qué información necesitamos mandar o revelar? Marcar la información apropiada)</i>	Indicate date(s) of service / Indicar las fechas de servicio: _____ Send CHECKED Records only / Mandar solamente la información marcada: ☐ Discharge Summary / Resumen del Alta ☐ Operative report / Reporte de Cirugía ☐ History & Physical / Historial y examen físico ☐ Emergency records / Reportes de Emergencias ☐ Clinic Notes / Notas clínicas ☐ Laboratory reports / Reportes de Laboratorio ☐ Pathology reports / Reportes de Patología ☐ Rehab records (PT/OT/ST) / Notas de Terapia física/ocupacional/habla y lenguaje ☐ Medication/Allergy record / Reportes de medicamentos y alergias ☐ Immunizations / Vacunas ☐ Image Reports / Informes de imagen ☐ Other / Orto: _____ Disclosures requiring special consent/Divulgaciones que requieren consentimiento especial: In compliance with Wisconsin Statutes which require special permission to disclose otherwise privileged information, I am authorizing that the follow information be disclosed. De conformidad con los estatutos de Wisconsin que requieren un permiso especial para divulgar información que de otro modo sería privilegiada, autorizo que se divulgue la siguiente información. ☐ Behavioral/Mental Health / Salud Mental ☐ HIV/HIV related illness / Enfermedades relacionadas con VIH (SIDA) ☐ Alcohol and/or drug abuse / Abuso de drogas y alcoholism

Purpose of Disclosure: <i>(Why is it needed?)</i> Proposito de Revelacion: <i>(¿Porqué es necesario?)</i>	☐ Continuity/Transfer of Care / Continuación/Transferencia de Cuidado médico ☐ Legal/Attorney / Legal/Abogado ☐ Personal use or review / Uso personal/revisión ☐ Insurance or Disability Determination / Resolución del seguro médico/incapacitación ☐ Changing Clinics / Cambio de clínica ☐ Moving Out of Area / Mudándose del área ☐ Other / Orto: _____
Release Instructions: <i>(How do you want the information?)</i> Instrucciones de revelación: <i>(¿Cómo y cuándo quiere la información?)</i>	Delivery/Format method/Método de entrega/formato: ☐ Mail / Correo ☐ Pick up / Venir a recoger ☐ Fax ☐ Email / correo electrónico
I have read and understand the following rights with respect to this authorization: • This authorization lasts for one year after the date you sign it unless you enter a different date or expiration here: _____ • I understand that I have the right to inspect or copy the health information I have authorized to be used or disclosed by this authorization form. To do so, I may contact Door County Medical Center's privacy officer. • I understand that I am under no obligation to sign this form, however if I agree to sign this authorization, I can be provided with a signed copy of the form upon request. • I have the right to withdraw this authorization at any time by contacting Door County Medical Center's privacy officer in writing. My withdrawal will not be effective as to uses and/or disclosures that Door County Medical Center (DCMC) has already made in reference to this authorization. • I understand that I am under no obligation to sign this form and that DCMC may not condition treatment, payment, enrollment in a health plan or eligibility for health care benefits on my decision to sign this form. • DCMC cannot prevent redisclosure of your information by the person or organization who receives your records under this authorization, and that information may not be covered by state and federal privacy protections after it is released. By signing this authorization, you release DCMC from any and all liability resulting from a redisclosure by the recipient. • I have had an opportunity to review and understand the content of this authorization form. By signing this authorization, I am authorizing DCMC to disclose my above identified protected health information Yo he leído y comprendido los siguientes derechos acerca de esta autorización: • Esta autorización durará por un año después de la fecha de haberla firmado, a no ser que usted escriba una fecha diferente de expiración aquí: _____ • Yo comprendo que tengo el derecho a inspeccionar o copiar la información médica que he autorizado para ser usada o revelada en esta hoja de autorización. Para hacerlo, yo puedo contactar el oficial de privacidad de Door County Medical Center. • Yo comprendo que no estoy bajo ninguna obligación de firmar esta hoja, sin embargo si yo la firmo, yo podría solicitar el recibir una copia firmada de ella. • Tengo el derecho de retirar esta autorización en cualquier momento dirigiendo la petición por escrito al oficial de privacidad de Door County Medical Center. Mi petición de retiro no podrá ser efectiva con los usos y revelación previamente ya hechos y revelados por Door County Medical Center. • Yo comprendo que no estoy bajo ninguna obligación a firmar este formulario y que mi decisión de firmar éste formulario no va a afectar el tratamiento, pago, inscripción de un plan médico o el derecho a beneficios de cuidado de su salud de DCMC. • Door County Medical Center no puede prevenir la revelación futura de su información por la persona u organización quien recibió su información bajo esta autorización, y que esta información no puede ser cubierta por la protección federal y estatal después de haber sido revelada. Al haber firmado esta autorización, usted será consciente que esta autorización libera a Door County Medical Center de cualquier obligación resultante de los hechos de los recipientes. • He tenido la oportunidad de revisar y comprender el contenido de esta hoja de autorización. Al firmar esta autorización, yo estoy autorizando a Door County Medical Center el revelar la información médica protegida anteriormente identificada.	
Signature requirements Requisitos de firma	Patient/Legal Representative's Signature (include relationship if other than patient) Firma del paciente o representante legal (Favor identificar el parentesco del firmante si éste no es el paciente) Date / Fecha _____

OFFICE USE ONLY: Completion Date: _____ Clinic/Nursing Staff (Initials): _____

ROI/HIM Staff (Initials): _____ Photo ID: _____