



HEALTH DEPARTMENT

Authorization to Release Records (HIPAA-covered Programs)

Submit completed form to HealthPrivacy@SaltLakeCounty.gov

I hereby authorize the disclosure of my protected health information (PHI) (or that of an unemancipated minor for whom I have legal authority) as described below. I understand that this authorization is voluntary and that any information released may be subject to redisclosure by the recipient and may no longer be protected by federal or state law. **I understand that requests require photo identification** and may take up to 30 days to complete.

THIS AUTHORIZATION IS FOR RELEASE OF PHI FOR THE FOLLOWING CLIENT:

Full name _____ Date of Birth _____

Address _____ City _____ State _____ ZIP _____

Phone _____ Email Address _____

Release information from: _____ Release information to: _____

SALT LAKE COUNTY HEALTH DEPARTMENT _____

Purpose of the disclosure: Medical care Client request Other: _____

PHI to be released: _____

This authorization is limited to PHI created from _____ to _____

The PHI should be released via (if I select "Email," I understand email is not secure for HIPAA purposes):

First-Class mail Certified mail (at my expense) Fax: _____

In-person pickup Email: _____

I also understand that I may limit the information to be released by specifying only those records needed. I further realize that if I authorize all my records to be released, SLCoHD will follow my instructions to the extent allowed.

Read and initial the following statements:

I understand that:

- _____ 1. I may revoke this authorization at any time with written notification sent to the Privacy Officer address below. If I do revoke, I understand that this decision will have no effect on actions taken prior to receiving the revocation.
- _____ 2. My health care and payment for my health care will not be denied if I do not sign this form.
- _____ 3. This authorization expires on _____ or upon the occurrence of _____.
- _____ 4. There may be a charge for complying with this request.
- _____ 5. I may request a copy of this form after I sign it.

Signature of client (or personal representative) _____ Relationship to client _____ Date _____

Privacy questions or complaints? Write to **SLCoHD Privacy Officer; 2001 South State Street, Suite S2-600; PO Box 144575; Salt Lake City, UT 84114-4575** or email HealthPrivacy@SaltLakeCounty.gov

HEALTH DEPARTMENT USE ONLY

ID #: _____ ID type: _____ Verified by: _____ Date received: _____

Date processed: _____ USIIS Only: Y N Employee releasing data: _____

Chart #: _____ Nurse: _____ X0600 and 101.10



Autorización para Liberar Registros

(Programas cubiertos por la HIPAA)

HEALTH DEPARTMENT

Envíe el formulario completo a HealthPrivacy@SaltLakeCounty.gov

Por la presente autorizo la divulgación de mi información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) (o la de un menor no emancipado para quien tengo autoridad legal) según se describe a continuación. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que cualquier información divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por la ley federal o estatal. **Entiendo que las solicitudes requieren una identificación con foto** y pueden tardar hasta 30 días en completarse.

ESTA AUTORIZACIÓN ES PARA LA DIVULGACIÓN DE PHI PARA EL SIGUIENTE CLIENTE:

Nombre Completo _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Liberar información de: _____ Divulgar información a: _____

SALT LAKE COUNTY HEALTH DEPARTMENT _____

Finalidad de la divulgación: Atención médica Solicitud del cliente Otros: _____

PHI que se divulgará: _____

Esta autorización se limita a la PHI creada de _____ a _____

La PHI debe divulgarse a través de (si selecciono "Correo electrónico," entiendo que el correo electrónico no es un medio seguro a fines de HIPAA):

Correo de primera clase Correo certificado (a mi cargo) Fax: _____

Recogida en persona Correo electrónico: _____

También comprendo que puedo limitar la información que se divulgará especificando sólo los registros necesarios. Además, comprendo que si autorizo que se divulguen todos mis registros, SLCoHD seguirá mis instrucciones en la medida en que esté permitido.

Lea y escriba sus iniciales en las siguientes declaraciones:

Yo entiendo que:

- _____ 1. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito al Responsable de Protección de Datos o a la persona designada, enviada a la dirección que figura a continuación. Si la revoco, entiendo que esta decisión no tendrá efecto sobre las acciones emprendidas antes de recibir la revocación.
- _____ 2. No se me denegará la asistencia sanitaria ni el pago de la misma si no firmo este formulario.
- _____ 3. La presente autorización expira en _____ o en el momento en que se produzca _____.
- _____ 4. El cumplimiento de esta solicitud puede tener un costo.
- _____ 5. Puedo solicitar una copia de este formulario después de firmarlo.

Firma del cliente (o representante personal) _____ Relación con el cliente _____ Fecha _____

¿Preguntas o quejas sobre privacidad? Escriba a **SLCoHD Privacy Officer; 2001 S. State St., Suite S2-600; PO Box 144575; SLC, UT 84114-4575** o envíe un correo electrónico a HealthPrivacy@SaltLakeCounty.gov

HEALTH DEPARTMENT USE ONLY

ID #: _____ ID type: _____ Verified by: _____ Date received: _____

Date processed: _____ USIIS Only: Y N Employee releasing data: _____

Chart #: _____ Nurse: _____ X0600 and 101.10