Bryan CRETE AREA MEDICAL CENTER

CAMC – Hospital
2910 Betten Drive, PO Box 220
Crete, Nebraska 68333
Phone (402) 826-2102
Fax (402) 826-7950

CAMC - Clinic
2910 Betten Drive, PO Box 220
Crete, Nebraska 68333
Phone (402) 826-2102
Fax (402) 826-7900

CAMC - Wilber Medical Clinic
203 West 4th Street
Wilber, Nebraska 68465
Phone (402) 821-3293
Fax (402) 821-2450

Authorization to Release Health Information

Patient Name____ DOB ____________ Phone # ________________

Address____

I authorize Crete Area Medical Center to: _____ Give Health Information To **OR** ____ Get Health Information From

____

(Name Person or Place to give the records to **OR** to get the records from) Phone #

____

Address Fax #

Purpose of Disclosure: __ Transfer of Care __ Personal Record __ FMLA* __Disability* __ Other__________________

* If **FMLA** *or* **Short Term Disability** Specify Dates Absent from Work and Reason for absence**:** ______________________

(Dates)

____

(Reasons for absence)

Information to be Disclosed:

__ H&P __ ER record __ Office/clinic notes __ Lab reports __ Progress Notes __ Discharge report __ X-ray reports

__ Immunization Record __ Complete Record __ Specialty Clinic record __Other: ____________________________

I specifically authorize the release of information relating to:

__ Substance Abuse (including drug/alcohol abuse)

__ Mental Health

__ HIV/AIDS related information (including test results)

Date(s) of Service: ____

(State: specific dates, time period or "ALL")

I understand that:

1. My refusal to sign this authorization will not affect my ability to obtain treatment at CAMC.
2. Medical information to be disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer protected by State or federal law.
3. This authorization is effective for 12 months after the date it was signed. I understand that I may revoke this authorization at any time by giving written notice to the Health Information Director. My revocation will not be effective to the extent action has already been taken in reliance on my authorization.
4. I have read (or had read to me) this document and this disclosure is at my request.
5. A photocopy or exact reproduction of this signed authorization shall have the same force and effect as the original.

____ _______________________

Patient signature *or* Legal Representative signature and their relationship to the patient. Date

________________________________ ____________________

Witness Date

Date recv'd_________________
Date rec. sent_______________
☐ Fax ☐ Mailed ☐ Pick-Up
MR #: ________________

Note: This facility, its employees and officers and attending physicians are released from the legal responsibility or liability for the release of the above information to the extent indicated and authorized.

CAMC will charge its standard applicable fee for processing and furnishing information.

Bryan CRETE AREA MEDICAL CENTER

CAMC – Hospital
2910 Betten Drive, PO Box 220
Crete, Nebraska 68333
Teléfono (402) 826-2102
Fax (402) 826-7950

CAMC - Clínica
2910 Betten Drive, PO Box 220
Crete, Nebraska 68333
Teléfono (402) 826-2102
Fax (402) 826-7900

CAMC – Clínica Médica en Wilber
203 West 4th Street
Wilber, Nebraska 68465
Teléfono (402) 821-3293
Fax (402) 821-2450

Autorización para Liberar Datos Médicos

Nombre del Paciente______________________________ FECHA DE NACIMIENTO ____________ *(MES/DIA/AÑO)*

Domicilio____ Teléfono: ______________

Yo autorizo a Crete Area Medical Center a: ___ Enviar datos a ***U*** ___ Obtener datos de

____

(Nombre de la persona o el lugar donde debemos enviar **U** obtener los expedientes) Numero telefónico

____

Domicilio Número de fax

Propósito de la Divulgación: __ Transferencia de cuidado __ Expediente personal __ FMLA* __Incapacidad*
__ Otro_______

* Si es **FMLA** *o* **Incapacidad a Corto Plazo** especifique las fechas ausentes del trabajo y la razón de su ausencia**:** ______________
(Fechas)

____
(Razón de la ausencia)

La Información que debe ser Liberada:
__ Examen físico __ Expediente de urgencias __ Apuntes clínicos/de la oficina __ Reportes de laboratorio
__ Notas de progreso __ Reporte de Alta __ Reportes de radiografías __ Expediente de vacunación __ Expediente completo __ Expediente de la Clínica de los Especialistas __Otro: ______________________

Específicamente autorizo la liberación de la información relacionada con:
__ Abuso de substancias (incluyendo abuso de drogas/alcohol)
__ Salud Mental
__ Información relacionada con VIH/SIDA (incluyendo resultados de exámenes)

Fecha(s) de Servicio ____
(Anote: Fechas especificas, plazo de tiempo o TODAS)

Yo comprendo que:

1. Si rehusara firmar esta autorización, no afectaría mi habilidad para obtener tratamiento en CAMC.
2. La información médica revelada en conformidad con esta autorización puede seguir siendo sujeto a liberación por el recipiente y no estará protegida más por la ley estatal o federal.
3. Esta autorización es efectiva por 12 meses después de la fecha que fue firmada. Yo comprendo que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento, con un aviso por escrito al director de información médica. Mi revocación no será efectiva en cuanto a la acción que ya fuera tomada por mi autorización.
4. He leído (o me han leído) este documento y la divulgación autorizada es a mi petición.
5. Una fotocopia o replica exacta de esta autorización tiene la misma fuerza y efecto como la original.

_______________________________________ ______________
Firma del paciente **o** representante legal y el parentesco al paciente. Fecha

_______________________ ____________
Witness (testigo) Date (fecha)

Date recv'd__________
Date rec. sent___________
☐ Fax ☐ Mailed ☐ Pick-Up
MR #: ______________

Apunte: esta institución, sus empleados, oficiales y médicos son liberados de cualquier responsabilidad legal o riesgo por la liberación de la informainformación anterior al grado indicado y autorizado.

CAMC cobrará los honorarios aplicables por el procedo y la proporción de la información.