



# CHRISTIANA CARE

Wilmington Hospital HIMS  
501 W. 14th St., Wilmington, DE 19801  
Phone: 302-320-6852 • Fax: 302-320-4692



RAUTH

## AUTHORIZATION TO RELEASE HEALTH INFORMATION

**Instruction:**

To be completed when health information is being released from Christiana Care.

Side 1 of 2

**\*PLEASE COMPLETE ALL AREAS OF THIS FORM\***

Patient/member name (print): \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

I authorize Christiana Care to release and/or give copies of my health information to:

\_\_\_\_\_  
(Name and Organization)

\_\_\_\_\_  
(Street address)

\_\_\_\_\_  
(City, State, Zip Code)

ATTN: \_\_\_\_\_ Tel. No.: \_\_\_\_\_

These records are needed for the following reason:

Medical care       Legal consult       Insurance review

Other (specify): \_\_\_\_\_

The following information is to be released:

Medical records       X-Ray/Imaging       Financial records

Other (specify): \_\_\_\_\_

In reference to the following:

Date(s) of Visit	Location, Department, Type of Service, Type of Record, etc.
/ /	
/ /	
/ /	

Please list any specific information that is needed: \_\_\_\_\_

I am specifically authorizing the release of the following:

Genetic Information (describe above)     Substance Abuse Treatment  
 HIV Treatment (does not include HIV testing result)     Psychological and Psychiatry Treatment (Psychotherapy notes require additional consent)

**Expiration of this authorization.**

This authorization expires in 180 days OR upon the following date or event: \_\_\_\_\_  
(specify date or event)

**Revoking this authorization.** This authorization may be revoked at any time but is not retroactive for requests that have been complied with in good faith. To revoke this authorization, please provide a written request to the department releasing your information.

I understand the recipient will be charged for copies and postage and in turn the recipient may ask to be reimbursed by me.

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Legal Representative      Relationship to Patient, if Legal Representative      (\_\_\_\_\_) Telephone No.

\_\_\_\_\_  
Date      Time

Christiana Care will not condition treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits on the completion of this authorization. Information, once released, may no longer be protected by Federal Privacy Rules and may be subject to redisclosure by the recipient. However, information covered under Federal Regulations 42 CFR Part 2 may not be redisclosed unless expressly permitted by the authorization or the regulations.

**Interpretation:** The information has been presented to the:  patient     representative     decision maker in: \_\_\_\_\_  
The person who provided the interpretation is a qualified medical interpreter. Language

\_\_\_\_\_  
Interpreter Name      Agency and ID# (if applicable)

\_\_\_\_\_  
Witness Signature      Print Name      Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Time



# CHRISTIANA CARE

Wilmington Hospital HIMS  
501 W. 14th St., Wilmington, DE 19801  
Phone: 302-320-6852 • Fax: 302-320-4692

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA (AUTHORIZATION TO RELEASE HEALTH INFORMATION)

**Instruction:**  
To be completed when health information is being released from Christiana Care. Side 2 of 2

**\*POR FAVOR COMPLETE TODOS LOS CAMPOS DE ESTE FORMULARIO\***

Nombre del paciente/miembro (en letra de molde): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Autorizo a Christiana Care a divulgar y/o a dar copias sobre mi información médica a:

\_\_\_\_\_ (Nombre y organización)

\_\_\_\_\_ (Dirección)

\_\_\_\_\_ (Ciudad, Estado y Código postal)

A la atención de: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Estos expedientes son necesarios por la razón siguiente:  Atención médica  Consulta legal  Revisión de seguro  
 Otra (especifique): \_\_\_\_\_

Se divulgará la siguiente información:  Registros médicos  Radiografías/Imágenes  Registros financieros  
 Otra (especifique): \_\_\_\_\_

Con respecto a lo siguiente:

Fecha(s) de Visita	Ubicación, Departamento, Tipo de Servicio, Tipo de Registro, etc.
/ /	
/ /	
/ /	

Por favor escriba otra información específica necesaria: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Específicamente autorizo la divulgación de lo siguiente:  Información genética (describa arriba)  Tratamiento por abuso de sustancias  
 Tratamiento para VIH (no incluye los resultados de prueba del VIH)  
 Tratamiento Psicológico y Psiquiátrico (las notas de psicoterapia requieren consentimiento adicional)

**Caducidad de esta autorización.**  
Esta autorización caduca a los 180 días O en la siguiente fecha o circunstancia: \_\_\_\_\_  
(especifique la fecha o circunstancia)

**Anulación de esta autorización.** Esta autorización se puede anular en cualquier momento pero tal revocación no será retroactiva para solicitudes completadas de buena fe. Para cancelar esta autorización, envíe una solicitud por escrito al departamento que divulgará su información.

Entiendo que se le cobrarán al destinatario las copias y el franqueo, y el destinatario podría pedirme que reembolse dichos cargos.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o apoderado (Signature of Patient or Legal Representative)      \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)      \_\_\_\_\_  
Relación con el paciente, si es el apoderado (Relationship to Patient, if Legal Representative)      No. de Teléfono  
(Telephone No.)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha (Date)      \_\_\_\_\_  
Hora (Time)

Christiana Care no condicionará el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para obtener beneficios al término de otorgamiento de esta autorización. La información, una vez comunicada, puede dejar de estar protegida por las Reglas Federales de Privacidad y puede que sea comunicada nuevamente por el destinatario. Sin embargo, la información contemplada en la Reglamentación Federal 42 CFR Parte 2 no puede volver a comunicarse, a no ser que sea expresamente permitido por la autorización o las reglamentaciones.

**Interpretation:** The information has been presented to the:  patient  representative  decision maker in (language): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_. The person who provided the interpretation is a qualified medical interpreter.

\_\_\_\_\_  
Interpreter Name      Agency and ID# (if applicable)

\_\_\_\_\_  
Witness Signature      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Print Name      Date      Time

**Una fotocopia del formulario de autorización firmado es tan válida como el original**