NOAH
Neighborhood Outreach Access to Health

7500 N. Dreamy Draw Dr., Ste 145
Phoenix, AZ 85020
Fax: (480) 882-4594

**Attention:**
Health Information Management
Release of Information
7500 Dreamy Draw, Ste-145 Phoenix, AZ 85020

**Phone:** 480-882-4545
**Email:** HIM@noahhelps.org

# AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

**Organization Who Is Releasing Information**

Facility: _____

Address: _____

City, State_____Zipcode: _____

Fax: _____Phone: _____

**To Whom Information Will Be Provided**

Entity/Individual: _____

Address: _____

City, State_____ Zipcode: _____

Fax: _____Phone: _____

**Patient Information**

Patient Name (First, Last): _____ Date of Birth: _____

Address: _____ Apt # :_____City: _____ State:_____ Zip Code: _____

**Date(s) of Services:** From: _____ To: _____

**Purpose:** ☐ Self ☐ Continuing Care ☐ Legal ☐ Other (Specify)_____

**Records Being Requested (Check all that apply)**

☐ History/Physical Exam ☐ Operative Reports ☐ Immunization Records ☐ Radiology Reports

☐ Lab Tests ☐ Consultations ☐ EKGs ☐ Dental

☐ Pertinent Records Only ☐ Entire Record ☐ Other (Specify): _____

**I authorize the provider to use or disclose information related to:**
***Initial each item to confirm your request***

_____AIDS/HIV and other Communicable Diseases

_____Genetic Testing Information

_____Alcohol and/or Drug Abuse Treatment

_____Psychiatric Records

_____Behavioral Health Progress Notes

**Delivery of Records:**
**Paper Requests:** ☐ Mail ☐ Fax ☐ Pick-Up at Clinic (check one below)

☐ Cholla ☐ Copperwood ☐ Copperwood II ☐ Desert Mission ☐ Midtown ☐ Palomino ☐ Venado

**Electronic Requests:** ☐ Patient Portal ☐ CD ☐ Thumb Drive ☐ Email

**Email address for record delivery**

I understand that NOAH will not condition treatment on my signing this authorization. NOAH will not deny me treatment if I do not wish to sign this form. I may refuse to sign this authorization form. I also understand that I may revoke this authorization at any time, with some exceptions. For more details on when I can and cannot revoke this authorization, I can read NOAH's Notice of Privacy Practices.
To revoke my authorization, I must submit a written request to NOAH. Unless I revoke the authorization earlier, it will expire upon its completion or 90 days from date of signature, whichever comes first. I understand that, if this information is disclosed to a third party, the information may no longer be protected by the federal privacy regulation and may be re-disclosed by the person or organization that receives the information. I understand the matters discussed on this form. I release the provider, its employees, officers and directors, medical staff member, and business associate's information to the extent indicated and authorized herein.

Patient Signature: _____ Date: _____

Signature of Legal Representative: _____ Date: _____

Relationship to Patient: _____

**Interpreter Services (filled out office staff)** ☐ Check off if interpreter services were required to fill out this form

NOAH
Neighborhood Outreach Access to Health

7500 N. Dreamy Draw Dr., Ste 145
Phoenix, AZ 85020
Fax: (480) 882-4594

**Attention:**
Health Information Management
Release of Information
7500 Dreamy Draw, Ste-145 Phoenix, AZ 85020

**Teléfono:** 480-882-4545
**Email:** HIM@noahhelps.org

# Autorización Para Revelar Información Médica Protegida

**Organización que Revela la información**

PERSONA/AGENCIA:_____

Dirección: _____

Ciudad, Estado: _____ Código Postal: _____

Fax: _____ Teléfono: _____

**Organiazación quien recibe la información**

PERSONA/AGENCIA:_____

Dirección: _____

Ciudad, Estado: _____ Código Postal: _____

Fax: _____ Teléfono: _____

**Información del paciente**

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Apt # :_____ Ciudad:_____ Estado:_____ Código Postal: _____

**Fecha(s) de los Servicios:** Desde:_____ Hasta: _____

**Finalidad de la información:** ☐ Personal ☐ Seguimiento de servicios ☐ Legal ☐ Otros (especificar)_____

**Registros Que Se Solicitan (Marque Todo lo Que Corresponda)**

☐ Historial/Examen Físico ☐ Informes operativos ☐ Gistros de Inmunización ☐ Informes de Radiología

☐ Pruebas de Laboratorio ☐ Consulta ☐ EKGs ☐ Dental

☐ Sólo Registros Pertinentes ☐ Registro Completo ☐ Otros (especificar):_____

**Autorizo al proveedor a usar o revelar información relacionada con:**
***Escriba sus iniciales en cada artículo para confirmar su solicitud***

_____SIDA/VIH y otras enfermedades transmisibles

_____información de pruebas genéticas

_____Tratamiento del abuso de alcohol y/o drogas

_____Registros psiquiátricos

_____Notas de progreso de la salud conductual

**Entrega de Registros:**
**Solicitudes en papel:** ☐ Correo ☐ Fax ☐ Retirar en la clínica (marque uno abajo)

☐ Cholla ☐ Copperwood ☐ Copperwood II ☐ Desert Mission ☐ Midtown ☐ Palomino ☐ Venado

**Solicitudes electrónicas:** ☐ Portal del paciente ☐ CD ☐ Memoria USB ☐ El correo electrónico

**Dirección de correo electrónico para la entrega de registros**

Entiendo que NOAH no condicionará el tratamiento al firmar esta autorización. NOAH no me negará el tratamiento si no deseo firmar este formulario. Puedo negarme a firmar este formulario de autorización. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, con algunas excepciones. Para más detalles sobre cuándo puedo y no puedo revocar esta autorización, puedo leer el Aviso de Prácticas de Privacidad de NOAH.
Para revocar mi autorización, debo presentar una solicitud por escrito a NOAH. A menos que revoque la autorización con anterioridad, se cumplirá en el momento de su finalización o 90 días a partir de la fecha de firma, lo que venga primero. Entiendo que, si esta información se revela a un tercero, la información puede dejar de estar protegida por la regulación federal de privacidad y puede ser revelada nuevamente por la persona u organización que recibe la información. Entiendo los asuntos discutidos en este formulario. Divulgo la información del proveedor, sus empleados, oficiales y directores, miembro del personal médico y asociado de negocios en la medida indicada y autorizada aquí.

Firma del paciente:_____ Fecha: _____

Firma del paciente o tutor legal: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____

**Interpreter Services (filled out office staff)** ☐ Check off if interpreter services were required to fill out this form