



**AUTHORIZATION TO
DISCLOSE OR RELEASE
PROTECTED HEALTH
INFORMATION**

PAGE 1 OF 2

PATIENT INFORMATION

PLACE PATIENT'S LABEL HERE

Patient Information (Please PRINT):

First Name: _____ Last Name: _____
Middle Name: _____ Date of Birth: ____ / ____ / ____ (MM/DD/YYYY)
Street Address: _____
City: _____ State: _____ Zip Code: _____
Phone Number: _____ Cell Phone Number: _____
Email address: _____

I hereby authorize LCMC Health and/or any LCMC Health affiliates. (See separate Hospital / Clinic reference list if needed)

☐ **Hospital (please specify):** _____ Phone Number: (844) 324-6205 option 1
Fax Number: (504) 962-7016
☐ **Clinic/Provider (please specify):** _____ Email: ROI@LCMCHealth.org

Preferred delivery method (for patient personal requests only): ☐ Email (secure) ☐ Mail ☐ MyChart Portal ☐ Onsite

(Check ONE): ☐ Receive information from: ☐ Release information to: ☐ Release to self (see info above)

Name: _____
Street Address: _____
City: _____ State: _____ Zip Code: _____
Telephone Number: _____ Fax Number: _____

Health Information to be used and/or disclosed under this authorization:

Dates of Service: Start Date: _____ End Date: _____
☐ Abstract ☐ Complete Health Record ☐ Itemized Bill ☐ Progress / Clinic Notes
☐ After Visit Summary ☐ Discharge Summary ☐ Immunization Records ☐ Radiology Reports
☐ Autopsy Report ☐ Emergency Room Record ☐ Operative Report ☐ Radiology Films / Images
☐ Cardiology Reports ☐ History and Physical ☐ Pathology / Lab Reports
☐ Other: _____

The below information will **NOT** be released unless you specifically authorized by initialing below:

AIDS or HIV test results:		Behavioral Health Information:	
Alcohol/substance abuse treatment:		Genetic Testing:	

Purpose of the use and/or disclosure (Check ONE): ("At my request" is a sufficient purpose for a patient initiating this request)

☐ Continued Care ☐ Legal ☐ Insurance ☐ At my request ☐ Other: _____

Acknowledgement of Understanding:

- I understand that I may withdraw my authorization in writing at any time except to the extent that action has been taken in reliance on this statement. Withdrawal must be made in writing and can be emailed to ROI@LCMCHealth.org or mailed to HIM Department - UMCNO 2000 Canal Street, New Orleans, LA 70112.
- I understand that this authorization statement will expire in **one year from the date** signed unless I identify a different date: _____; whichever is sooner.
- I understand that signing this form is voluntary. LCMC Health may not condition treatment, payment, enrollment in health plans, or eligibility for benefits on my signing or refusal to sign this authorization, except in limited circumstances.
- I understand that once LCMC Health discloses my PHI to the recipient, LCMC Health cannot guarantee that the recipient will not redisclose my PHI to a third party. The third party may not be required to abide by this Authorization or applicable federal and state law governing the use and disclosure of my PHI.
- I understand that I may inspect or copy the information to be used or disclosed, as provided by 42 CFR 164.524
- I understand there is a charge for photocopies and records provided on electronic media, as permitted by Louisiana law, unless copies are sent directly to another healthcare provider.
- I understand the record might not be complete, if it is a recent visit, and additional documentation could be added after submitting.

PATIENT WAS PROVIDED WITH A REFERENCE ONLY COPY IN THEIR PREFERRED LANGUAGE

Signature of patient or Legal Representative (Firma del paciente o representante legal):	Date (Fecha):
Printed Name of Patient or Legal Representative (Nombre impreso del paciente o representante legal):	Relationship to Patient (Relación con el paciente):

Representative's Authority to Act for Patient: **(Attach supporting documentation)** Autoridad del representante para actuar en nombre del paciente: (Adjuntar documentación de respaldo)

PATIENT LEVEL

AUTHORIZATION TO RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION

LC2500-ES | (10/23, 09/24) Revised



PL116



**AUTHORIZATION TO
DISCLOSE OR RELEASE
PROTECTED HEALTH
INFORMATION**

PAGE 2 OF 2

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

ESCRIBA LAS INICIALES DEL PACIENTE AQUÍ

Información del paciente (en IMPRENTA):

Nombre: _____ Apellido: _____
Segundo nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ (MM/DD/AAAA)
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de teléfono: _____ Número de teléfono celular: _____
Dirección de correo electrónico: _____

Por la presente, autorizo a LCMC Health o a cualquier filial de LCMC Health. (Consulte la lista separada de referencia del hospitales/clínicas si es necesario)

☐ Hospital (especifique): _____ Número de teléfono: (844) 324-6205 opción 1
☐ Clínica/Proveedor (especifique): _____ Número de fax: (504) 962-7016
Correo electrónico: ROI@LCMCHealth.org

Método de entrega preferido (solo para solicitudes personales del paciente): ☐ Correo electrónico (seguro) ☐ Correo
☐ Portal de MyChart ☐ En el sitio

(Marque UNA opción): ☐ Recibir información de: ☐ Divulgar información a: ☐ Divulgar a sí mismo (ver información arriba)

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Información médica que se utilizará o divulgará en virtud de esta autorización:

Fechas de servicio: Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Resumen | ☐ Registro de salud completo | ☐ Factura detallada |
| ☐ Notas de progreso/clínicas | ☐ Resumen de alta | ☐ Registros de vacunación |
| ☐ Resumen posterior a la visita | ☐ Registro de la sala de emergencias | ☐ Informe operativo |
| ☐ Informes de radiología | ☐ Antecedentes y examen físico | ☐ Informes de laboratorio/patología |
| ☐ Informe de autopsia | ☐ Placas/Imágenes de radiología | ☐ Informes de cardiología |
| | | ☐ Otro: _____ |

La siguiente información **NO** será divulgada a menos que usted coloque sus iniciales a continuación para dar su autorización específica:

Resultados de las pruebas de SIDA o VIH:	Información sobre salud conductual:
Tratamiento para el abuso de alcohol/sustancias:	Pruebas genéticas:

Propósito del uso o la divulgación (Marque UNA opción): ("A pedido mío" es un propósito suficiente para que un paciente inicie esta solicitud)

☐ Continuación de cuidado ☐ Legal ☐ Seguro ☐ A pedido mío ☐ Otro:

Reconocimiento de comprensión:

- Entiendo que puedo retirar mi autorización por escrito en cualquier momento, salvo en la medida en que se hayan tomado acciones en virtud de esta declaración. El retiro debe realizarse por escrito y puede enviarse por correo electrónico a ROI@LCMCHealth.org o por correo a HIM Department - UMCNO 2000 Canal Street, New Orleans, LA 70112.
- Comprendo que esta declaración de autorización vencerá en **un año a partir de la fecha** en que se firma, a menos que identifique una fecha diferente: ; lo que ocurra primero.
- Comprendo que la firma de este formulario es voluntaria. LCMC Health no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción en planes de salud o la elegibilidad para obtener beneficios a que yo firme o me niegue a firmar esta autorización, excepto en circunstancias limitadas.
- Comprendo que una vez que LCMC Health divulgue mi información médica protegida (Protected Health Information, PHI) al destinatario, LCMC Health no puede garantizar que el destinatario no vuelva a divulgar mi PHI a un tercero. Es posible que no se le exija al tercero que cumpla con esta autorización o con las leyes federales y estatales aplicables que rigen el uso y la divulgación de mi PHI.
- Comprendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se utilizará o divulgará, según lo dispuesto en la sección 164.524 del título 42 del CFR.
- Comprendo que hay un cargo por las fotocopias y los registros que se proporcionen en medios electrónicos, según lo permite la ley de Luisiana, a menos que las copias se envíen directamente a otro proveedor de atención médica.
- Comprendo que el registro podría no estar completo, si se trata de una visita reciente, y es posible que se agregue documentación adicional después del envío.

AL PACIENTE SE LE PROPORCIONÓ UNA COPIA SÓLO DE REFERENCIA EN SUPREFERENCIA IDIOMA





IMPORTANT INFORMATION ABOUT COMPLETING THE AUTHORIZATION TO DISCLOSE OR RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION

Notice to patients:

Please read this notice carefully and follow instructions for completing the authorization to release medical records.

Health Information Management (HIM) department contact information:

University Medical Center New Orleans ATTN: HIM Department 2000 Canal Street New Orleans, LA 70112	Phone Number:	(844) 324-6205 option 1
	Fax Number:	(504) 962-7016
	Email address:	ROI@LCMCHealth.org

Instructions for completing authorization:

1. Complete all sections on the "AUTHORIZATION TO DISCLOSE OF RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION" form. Incomplete forms will not be accepted (mandated by the Federal Guidelines for HIPAA).
2. Form must be completed by patient or authorized patient representative, with appropriate identification.
3. If patient is deceased, did not expire at this facility, and you are the next of kin, please include a copy of the death certificate.
4. Please send (mail, fax, or email) your completed Authorization to Release Protected Health Information form to the appropriate location listed above.
5. If you have any questions regarding the release of your medical information, please contact the HEALTH INFORMATION MANAGEMENT DEPARTMENT at the location listed above.

Important information about authorization:

The authorization will terminate on the date indicated on the Authorization or when revoked in writing by the patient

Due to the volume of requests, LCMC Health contracts with a 3rd party vendor to assist with Medical Record Requests (MRO Corporation).

Patient rates:

- All formats including paper, electronic delivery, and CD
- Flat rate \$6.50 plus tax and postage (if applicable)



**IMPORTANT INFORMATION ABOUT COMPLETING THE
AUTHORIZATION TO DISCLOSE OR RELEASE PROTECTED
HEALTH INFORMATION**

Aviso a los pacientes:

Lea atentamente este aviso y siga las instrucciones para completar la autorización para divulgar la historia clínica.

Información de contacto del Departamento de Gestión de Información Médica (Health Information Management, HIM):

University Medical Center New Orleans ATTN: HIM Department 2000 Canal Street New Orleans, LA 70112	Número de teléfono:	(844) 324-6205 opción 1
	Número de fax:	(504) 962-7016
	Dirección de correo electrónico:	ROI@LCMCHealth.org

Instrucciones para completar la autorización:

1. Complete todas las secciones del formulario de "AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA". No se aceptarán formularios incompletos (según lo exigen las Pautas federales para HIPAA).
2. El formulario debe ser completado por el paciente o un representante autorizado del paciente, con la identificación adecuada.
3. Si el paciente ha fallecido, no ha fallecido en este centro y usted es el pariente más cercano, incluya una copia del certificado de defunción.
4. Envíe (por correo, fax o correo electrónico) su formulario de Autorización para divulgar información médica protegida completado a la ubicación correspondiente mencionada anteriormente.
5. Si tiene alguna pregunta sobre la divulgación de su información médica, comuníquese con el DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA en la ubicación mencionada anteriormente.

Información importante sobre la autorización:

La autorización terminará en la fecha que se indica en la autorización o cuando sea revocada por escrito por el paciente

Debido al volumen de solicitudes, LCMC Health contrata a un proveedor externo para que la asista con las solicitudes de historias clínicas (MRO Corporation).

Tarifas para pacientes:

Todos los formatos, lo que incluye el papel, la entrega electrónica y el CD

- Tarifa plana de \$6.50 más impuestos y gastos de envío (si corresponde)

Children's Hospital New Orleans

*200 Henry Clay Avenue
New Orleans, LA 70118*

Children's Hospital Pediatrics

(Various Locations/Provider)

Children's Hospital Specialty Care

(Various Locations/Provider)

East Jefferson General Hospital (EJGH)

*4200 Houma Boulevard
Metairie, LA 70006*

EJGH Clinics

(Various Locations/Providers)

Lakeside Hospital

*4700 S I-10 Service Road West
Metairie, LA 70001*

Lakeview Hospital

*95 Judge Tanner Boulevard
Covington, LA 70433*

Lakeview Regional Physician Group (LRPG Clinics)

(Various locations / Providers)

New Orleans East Hospital (NOEH)

*5620 Read Boulevard
New Orleans, LA 70127*

NOEH Clinics / NOLA Physician Group

(Various locations / Providers)

Touro Infirmary New Orleans – Hospital

*1401 Foucher Street
New Orleans, LA 70115*

Touro Clinics / Crescent City Physicians Inc. (CCPI)

(Various locations / Providers)

Tulane Medical Center (Hospital)

*1415 Tulane Avenue
New Orleans, LA 70112*

Tulane Clinics

(Various locations / Providers)

University Medical Center New Orleans (Hospital) (UMCNO)

*2000 Canal Street
New Orleans, LA 70112*

UMCNO Clinics

(Various Locations/Providers)

Urgent Care Clinics

(Various Locations/Providers)

West Jefferson Medical Center (WJMC) - Hospital

*1101 Medical Center Boulevard
Marrero, LA 70072*

WJMC Clinics / New Orleans Physicians Services

(NOPS) *(Various Locations/Providers)*

Hospital Infantil de Nueva Orleans

200 Henry Clay Avenue
New Orleans, LA 70118

Servicios pediátricos de Children's Hospital

(Varias ubicaciones/proveedores)

Servicios de atención especializada de Children's Hospital

(Varias ubicaciones/proveedores)

Hospital General del Este de Jefferson (EJGH)

4200 Houma Boulevard
Metairie, LA 70006

Clínicas de EJGH

(Varias ubicaciones/proveedores)

Hospital junto al lago

4700 S I-10 Service Road West
Metairie, LA 70001

Hospital Vista del Lago

95 Judge Tanner Boulevard
Covington, LA 70433

Grupo médico regional de Lakeview (Clínicas de LRPG)

(Varias ubicaciones/proveedores)

Hospital del Este de Nueva Orleans (NOEH)

5620 Read Boulevard
Nueva Orleans, LA 70127

Clínicas de NOEH/Grupo de médicos de NOLA

(Varias ubicaciones/proveedores)

Touro Infirmary New Orleans – Hospital

1401 Foucher Street
New Orleans, LA 70115

Clínicas de Touro/Crescent City Physicians Inc. (CCPI) (Varias ubicaciones/proveedores)

Tulane Medical Center (Hospital)

1415 Tulane Avenue
Nueva Orleans, LA 70112

Clínicas de Tulane

(Varias ubicaciones/proveedores)

University Medical Center New Orleans (Hospital) (UMCNO)

2000 Canal Street
Nueva Orleans, LA 70112

Clínicas de UMCNO

(Varias ubicaciones/proveedores)

Clínicas de Urgencias

(Varias ubicaciones/proveedores)

West Jefferson Medical Center (WJMC) - Hospital

1101 Medical Center Boulevard
Marrero, LA 70072

Clínicas de WJMC/New Orleans Physicians Services (NOPS)

(Varias ubicaciones/proveedores)