



# Authorization to Obtain Medical Information

If you need your previous doctor, hospital or clinic to send your medical records to HealthNet, please fill out this form.

### I give HealthNet consent to obtain the medical records of:

Last name \_\_\_\_\_ First name \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_

Last 4 digits of Social Security # \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

### I give HealthNet consent to obtain these medical records from:

Provider Name \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

With the following information from: this date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

- Provider notes     Billing records     Labs/X-Ray     Ultrasound     Immunizations (Shots)
- Other tests/records \_\_\_\_\_     Consultations     Entire medical record

### Special Consent Section: (Per IC-16-39-2. This special permission is valid for 180 days.)

- Behavioral Health/Counseling records     Communicable disease testing (like STIs)
- HIV results     Genetic records     Alcohol, drug, or substance abuse records

Method requested (check one):     Paper     CD/Electronic format     Verbal

E-Delivery (secure link) Email: \_\_\_\_\_

### I give my consent for HealthNet to release my medical records as described above and I know:

1. If my record contains any highly private information like HIV tests or counseling records, I must check the correct box(es) above for HealthNet to release these sections.
2. To stop the release of this information, I must write a letter to the address below. Canceling the release will not apply to records that have already been sent.
3. This authorization will expire in 60 days unless I state a different date here: \_\_\_\_\_
4. The person/organization that receives my records may not have to follow federal privacy laws like HealthNet. Once HealthNet releases my records, HealthNet no longer has control over what that person/organization does with my records.
5. HealthNet will treat me even if I do not sign this form.
6. I must completely fill out this form for HealthNet to release my records.
7. If I request an electronic format, I can receive my medical records on a CD or E-Delivery.

Printed name of person completing form \_\_\_\_\_

Signature of Patient/Legal Representative \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Relationship to Patient \_\_\_\_\_

### Send my records to:

|   |                                  |                        | Fax Number:  |
|---|----------------------------------|------------------------|--------------|
| _____ Barrington Health & Dental Center   | 3401 E. Raymond Street           | Indianapolis, IN 46203 | 317-957-2120 |
| _____ Care Center at the Tower            | 1633 N. Capitol Ave., Suite 500  | Indianapolis, IN 46202 | 317-275-3655 |
| _____ HealthNet Bloomington Health Center | 811 W. 2 <sup>nd</sup> St.       | Bloomington, IN 47403  | 812-333-4057 |
| _____ Homeless Initiative Program         | 2944 Clifton St.                 | Indianapolis, IN 46208 | 317-957-2280 |
| _____ Martindale-Brightwood Health Center | 2855 N. Keystone Ave., Suite 100 | Indianapolis, IN 46218 | 317-957-2320 |
| _____ Northeast Health Center             | 3908 Meadows Drive, Suite 1      | Indianapolis, IN 46205 | 317-957-2160 |
| _____ Pediatric & Adolescent Care Center  | 1633 N. Capitol Ave., Suite 236  | Indianapolis, IN 46202 | 317-275-3640 |
| _____ People's Health & Dental Center     | 2340 E. 10 <sup>th</sup> Street  | Indianapolis, IN 46201 | 317-957-2220 |
| _____ Southeast Health & Dental Center    | 901 Shelby Street                | Indianapolis, IN 46203 | 317-957-2420 |
| _____ Southwest Health & Dental Center    | 1522 W. Morris Street            | Indianapolis, IN 46221 | 317-957-2520 |
| _____ West Health Center                  | 6029 W. 10 <sup>th</sup> Street  | Indianapolis, IN 46224 | 317-275-3635 |

**Staff Use Only:** Received by:     Email     Fax     Mail     In Person (name of staff who witnessed): \_\_\_\_\_



# Autorización para obtener información médica

Si necesita que el médico, hospital o clínica anterior le envíe sus registros médicos a HealthNet, complete este formulario.

## Le otorgo mi consentimiento a HealthNet para que obtenga los registros médicos de:

Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial seg. nom. \_\_\_\_\_  
Últimos 4 dígitos del n.º de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_

## Le otorgo mi consentimiento a HealthNet para que obtenga estos registros médicos de:

Nombre del proveedor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

## Con la siguiente información de: hoy \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

- Notas del proveedor
- Registros de facturación
- Análisis de laboratorio/radiografías
- Ecografía
- Inmunizaciones (vacunas)
- Otras pruebas/registros \_\_\_\_\_
- Consultas
- Registro médico completo

## Sección de consentimiento especial: (Conforme al IC-16-39-2. Este permiso especial es válido durante 180 días).

- Registros de salud conductual/asesoramiento
- Análisis de enfermedades contagiosas (como ETS)
- Resultados de VIH
- Registros genéticos
- Registros de abuso de sustancias, drogas o alcohol

## Método solicitado (marque uno): Impreso CD/Formato electrónico Oral

Entrega electrónica (enlace seguro) Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Le otorgo mi consentimiento a HealthNet para que divulgue mis registros médicos como se describe anteriormente y tengo conocimiento de lo siguiente:

1. Si mi registro incluye cierta información que es sumamente privada como pruebas de VIH o registros de asesoramiento, debo marcar las casillas correspondientes arriba para que HealthNet divulgue estas secciones.
2. Para detener la divulgación de esta información, debo escribir una carta a la dirección que aparece más abajo. La cancelación de la divulgación no se aplicará a los registros que ya se han enviado.
3. Esta autorización expirará en 60 días a menos que yo mencione una fecha diferente aquí: \_\_\_\_\_
4. Es posible que la persona u organización que recibe mis registros no tenga que seguir las leyes de privacidad federales como HealthNet. Una vez que HealthNet divulgue mis registros, ya no controlará lo que esa persona u organización haga con estos.
5. HealthNet me brindará tratamiento incluso si no firmo este formulario.
6. Debo completar este formulario en su totalidad para que HealthNet divulgue mis registros.
7. Si solicito un formato electrónico, puedo recibir mis registros médicos en un CD o por entrega electrónica.

Nombre de la persona que completa el formulario en letra de imprenta \_\_\_\_\_

|  |             |                                |
|--|-------------|--------------------------------|
| Firma del paciente/representante legal _____ | Fecha _____ | Relación con el paciente _____ |
|--|-------------|--------------------------------|

### Enviar mis registros a:

### Número de fax:

|  |                                  |                        |              |
|--|----------------------------------|------------------------|--------------|
| ____ Barrington Health & Dental Center   | 3401 E. Raymond Street           | Indianapolis, IN 46203 | 317-957-2120 |
| ____ Care Center at the Tower            | 1633 N. Capitol Ave., Suite 236  | Indianapolis, IN 46202 | 317-275-3655 |
| ____ HealthNet Bloomington Health Center | 811 W. 2 <sup>nd</sup> St.       | Bloomington, IN 47403  | 812-333-4057 |
| ____ Homeless Initiative Program         | 2944 Clifton St.                 | Indianapolis, IN 46208 | 317-957-2280 |
| ____ Martindale-Brightwood Health Center | 2855 N. Keystone Ave., Suite 100 | Indianapolis, IN 46218 | 317-957-2320 |
| ____ Northeast Health Center             | 3908 Meadows Drive, Suite 1      | Indianapolis, IN 46205 | 317-957-2160 |
| ____ Pediatric & Adolescent Care Center  | 1633 N. Capitol Ave., Suite 236  | Indianapolis, IN 46202 | 317-275-3640 |
| ____ People's Health & Dental Center     | 2340 E. 10 <sup>th</sup> Street  | Indianapolis, IN 46201 | 317-957-2220 |
| ____ Southeast Health & Dental Center    | 901 Shelby Street                | Indianapolis, IN 46203 | 317-957-2420 |
| ____ Southwest Health & Dental Center    | 1522 W. Morris Street            | Indianapolis, IN 46221 | 317-957-2520 |
| ____ West Health Center                  | 6029 W. 10 <sup>th</sup> Street  | Indianapolis, IN 46224 | 317-275-3635 |

**Solo para uso del personal:** Recibido por:  Correo electrónico  Fax  Correo postal

En persona (nombre del miembro del personal que fue testigo): \_\_\_\_\_