



30 W. Century Road,

Paramus NJ 07652

**HIPAA COMPLIANT AUTHORIZATION FOR THE RELEASE OF  
PATIENT INFORMATION PURSUANT TO 45 CFR 164.508**

**Patient Name:** \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

I authorize and request the disclosure of all protected information for the purpose of review and evaluation in connection with a legal claim. I expressly request that the designated record custodian of all covered entities under HIPAA identified above disclose full and complete protected medical information including the following:

- All medical records, meaning every page in my record, including but not limited to: office notes, face sheets, history and physical, consultation notes, inpatient, outpatient and emergency room treatment, all clinical charts, reports, order sheets, progress notes, nurse's notes, social worker records, clinic records, treatment plans, admission records, discharge summaries, requests for and reports of consultations, documents, correspondence, test results, statements, questionnaires/histories, correspondence, photographs, videotapes, telephone messages, and records received by other medical providers.
- All physical, occupational and rehab requests, consultations and progress notes.
- All disability, Medicaid or Medicare records including claim forms and record of denial of benefits.
- All employment, personnel or wage records.
- All autopsy, laboratory, histology, cytology, pathology, immunohistochemistry records and specimens; radiology records and films including CT scan, MRI, MRA, EMG, bone scan, myelogram; nerve conduction study, echocardiogram and cardiac catheterization results, videos/CDs/films/reels and reports.
- All pharmacy/prescription records including NDC numbers and drug information handouts/monographs.
- All billing records including all statements, insurance claim forms, itemized bills, and records of billing to third party payers and payment or denial of benefits for the period.

I understand the information to be released or disclosed may include information relating to sexually transmitted diseases, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), or human immunodeficiency virus (HIV), and alcohol and drug abuse. I authorize the release or disclosure of this type of information.

This protected health information is disclosed for the following purposes: \_\_\_\_\_

---

This authorization is given in compliance with the federal consent requirements for release of alcohol or substance abuse records of 42 CFR 2.31, the restrictions of which have been specifically considered and expressly waived.

You are authorized to release the above records to the following representatives of defendants in the above-entitled matter who have agreed to pay reasonable charges made by you to supply copies of such records:

---

Name of Representative

---

Representative Capacity (e.g. attorney, records requestor, agent, etc.)

---

Street Address

---

City, State and Zip Code

I understand the following: See CFR §164.508(c)(2)(i-iii)

a. I have a right to revoke this authorization in writing at any time, except to the extent information has been released in reliance upon this authorization. b. The information released in response to this authorization may be re-disclosed to other parties. c. My treatment or payment for my treatment cannot be conditioned on the signing of this authorization.

Any facsimile, copy or photocopy of the authorization shall authorize you to release the records requested herein. This authorization shall be in force and effect until two years from date of execution at which time this authorization expires.

---

Signature of Patient or Legally Authorized Representative

(See 45CFR § 164.508(c)(1)(vi))

---

Date

---

Name and Relationship of Legally Authorized Representative to Patient (See 45CFR §164.508(c)(1)(iv))

---

Witness Signature

---

Date

---

### **Patient Rights and Responsibilities**

I hereby state that I have received my Patient Rights and Responsibilities.



30 W. Century Road,

Paramus NJ 07652

**AUTORIZACIÓN QUE CUMPLE CON LA HIPAA PARA LA LIBERACIÓN  
DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE CONFORME A 45 CFR 164.508**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Número de seguridad social: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Autorizo y solicito la divulgación de toda la información protegida con el propósito de revisión y evaluación en relación con un reclamo legal. Solicito expresamente que el custodio de registros designados de todas las entidades cubiertas bajo HIPAA identificadas anteriormente revele información completa y completa información médica protegida que incluye lo siguiente:

- Todos los registros médicos, es decir, todas las páginas de mi registro, que incluyen, entre otras: notas de la oficina, hojas de contacto, historial y notas de consulta física, inpatient, tratamiento ambulatorio y de sala de emergencia, todos los cuadros clínicos, informes, hojas de pedido, notas de progreso, notas de la enfermera, registros de trabajadores sociales, registros clínicos, planes de tratamiento, registros de admisión, resúmenes de alta, solicitudes e informes de consultas, documentos, correspondencia, resultados de exámenes, declaraciones, cuestionarios / historias, correspondencia, fotografías, videos, mensajes telefónicos y registros recibidos por otros proveedores médicos.
- Todas las solicitudes físicas, ocupacionales y de rehabilitación, consultas y notas de progreso.
- Todos los registros de discapacidad, Medicaid o Medicare, incluidos los formularios de reclamación y el registro de denegación de beneficios.
- Todos los registros de empleo, personal o salarios.
- Todos los registros de autopsia, laboratorio, histología, citología, patología, inmunohistoquímica y especímenes; registros radiológicos y películas, incluida la tomografía computarizada, MRI, MRA, EMG, gammagrafía ósea, mielograma; estudio de conducción nerviosa, ecocardiograma y resultados de cateterismo cardíaco, videos / CD / películas / bobinas e informes.
- Todos los registros de farmacia / prescripción, incluidos los números de NDC y folletos / monografías de información sobre medicamentos.

- Todos los registros de facturación, incluidas todas las declaraciones, formularios de reclamación de seguro, facturas detalladas y registros de facturación a terceros pagadores y el pago o denegación de beneficios para el período.

Entiendo que la información que se divulgará o divulgará puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS), o virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), y abuso de alcohol y drogas. Autorizo la publicación o divulgación de este tipo de información.

Esta información de salud protegida se divulga para los siguientes propósitos: \_\_\_\_\_

Esta autorización se otorga de conformidad con los requisitos de consentimiento federal para la divulgación de registros de abuso de alcohol o sustancias de 42 CFR 2.31, cuyas restricciones se han considerado específicamente y se han renunciado expresamente.

Usted está autorizado a divulgar los registros anteriores a los siguientes representantes de los demandados en el asunto mencionado anteriormente que aceptaron pagar los cargos razonables que usted hizo para proporcionar copias de dichos registros:

Nombre del representante \_\_\_\_\_

Capacidad representativa (por ejemplo, abogado, solicitante de registros, agente, etc.) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, estado y código postal \_\_\_\_\_

Entiendo lo siguiente: Ver CFR §164.508(c)(2)(i-iii)

a. Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya divulgado la información según esta autorización. b. La información divulgada en respuesta a esta autorización se puede volver a divulgar a otras partes. c. Mi tratamiento o pago por mi tratamiento no puede estar condicionado a la firma de esta autorización.

Cualquier facsímil, copia o fotocopia de la autorización le autorizará a divulgar los registros solicitados en este documento. Esta autorización estará en vigor hasta dos años después de la fecha de ejecución, momento en el que expira esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legalmente autorizado

(See 45CFR § 164.508(c)(1)(vi))

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y relación del representante legalmente autorizado con el paciente (See 45CFR §164.508(c)(1)(iv))

\_\_\_\_\_  
Firma de testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

**Derechos y responsabilidades del paciente**

Por la presente declaro que he recibido mis Derechos y responsabilidades del paciente.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha