



A Public Entity

INLAND EMPIRE HEALTH PLAN



To: PCPs & Behavioral Health Providers
From: IEHP - Provider Relations
Date: June 17, 2014
Subject: Universal Release of Information Form

Inland Empire Health Plan has adopted the **Universal Release of Information Form** available for the request of Member information pertaining to mental health treatment information, HIV test results, and alcohol and drug treatment. IEHP will not release any of the aforementioned information unless it has been specifically authorized by the Member or Member's legal representative on the form that is available in English and Spanish.

Please review the following instructions pertaining to the Universal Release of Information Form:

- A. The Authorization Form can only be used when the requested use or disclosure of the Member's health information is for the following purposes:
 - 1) To provide and coordinate the Member's health care treatments and services
 - 2) To improve the quality of coordination of care that the Member receivesThe Authorization Form **cannot** be used for any other purpose(s).
- B. Since the release of health information pursuant to this authorization is for the purpose of health care treatment and services, the Provider designated in the authorization to release or receive the Member's health information must be an IEHP health care provider.
- C. A copy of the authorization must be provided to the Member.
- D. Please note that this authorization **cannot be used to release psychotherapy notes**. A separate authorization is required for the release of psychotherapy notes. (*Refer to the Board of Behavioral Sciences for direction regarding the release of Psychotherapy notes*).
- E. The form must specify the type of health information being requested by selecting one or all three (Mental health treatment information, HIV test results, Alcohol/drug treatment information) of the check boxes along with Member's initials.
- F. When the authorization pertains to alcohol/drug treatment information IEHP will release the authorization accompanied by the federal legal notice 42 CFR 2.32.
- G. All authorizations are valid for one year from the signature date unless otherwise specified on the form under the Expiration section.
- H. Members reserve the right to revoke the authorization release of information, but must do so by submitting a revocation request to IEHP.

Universal Release of Information Forms are available at <https://ww3.iehp.org/en/providers/forms/bh-forms/>

If you have any questions please contact our Provider Relations Team at (909) 890-2054.



Authorization for Use and/or Disclosure of Patient Health Information

Completion of this document authorizes the use and/or disclosure of your health information. Please read the entire document (both pages) before signing.

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

Patient Address: _____

I hereby authorize:	To release information (specified below) to:
(Health Care Provider / Organization to release information)	(Health Care Provider / Organization to receive information)
(Address)	(Address)
(City, state, zip code)	(City, state, zip code)
(Phone Number) (Fax Number)	(Phone Number) (Fax Number)

I authorize the release of the following health information *(select only one of the following):*

- All health information about my medical history, mental or physical condition and treatment received; OR
- Only the following records or types of health information (including any dates):

NOTE: The following types of information will not be released unless specifically authorized.

I specifically authorize the release of the following health information *(initials required if any of the following boxes are checked):*

- Mental health treatment information Initial: _____
- HIV test results Initial: _____
- Alcohol / drug treatment information Initial: _____

Authorization for Use and/or Disclosure of Patient Health Information

A separate authorization is required to authorize the disclosure or use of psychotherapy notes.

PURPOSE: The requested use or disclosure of my health information is for the following purposes:

- (1) To provide and coordinate my health care treatment and services; and
- (2) To improve the quality of health care that I receive.

EXPIRATION: This Authorization expires one year from the date of my signature unless a different date is specified here _____ (*date*).

REVOCATION: I understand that I may cancel this Authorization at any time, but I must do so by submitting my request for revocation to the Health Care Provider / Organization authorized to release the information. My revocation will take effect upon receipt, except to the extent that others have acted in reliance upon this Authorization.

NOTICE OF RIGHTS AND OTHER INFORMATION:

I understand that I do not have to sign this Authorization. My refusal will not affect my ability to obtain treatment, payment or eligibility for benefits.

I understand that I have a right to receive a copy of this Authorization.

I further understand that information disclosed by this Authorization, may be redisclosed (given to) another person or agency and may no longer be protected by federal confidentiality law (HIPAA). However, California law does not allow the person receiving my health information by this Authorization to disclose it, unless a new authorization for such disclosure is obtained from me or unless such disclosure is specifically required or permitted by law.

I have read both pages of this Authorization and agree to the use and disclosure of health information specified above.

Signature of Patient

Date Signed

Signature of Patient's Legal Representative (if applicable)

Date Signed

Print Name of Patient's Legal Representative

Relationship to Patient



Autorización para el uso y/o divulgación de Información de Salud del Paciente

El Completar este documento autoriza el uso y/o divulgación de información de su salud. Por favor lea el documento completamente (todas las páginas) antes de firmarlo.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección del Paciente: _____

Por este medio autorizo a:	Proveer información (describa abajo) a:
_____ (Proveedor de Salud / Organización que va a proveer la información)	_____ (Proveedor de Salud / Organización que va a recibir información)
_____ (Dirección)	_____ (Dirección)
_____ (Ciudad, estado, código postal)	_____ (Ciudad, estado, código postal)
_____ (Número de Teléfono) _____ (Número de FAX)	_____ (Número de Teléfono) _____ (Número de FAX)

Yo autorizo la divulgación de la siguiente información (*seleccione solamente una de las siguientes*):

- Toda la información de salud de mi historial médico, mental o condición física y tratamiento recibido; ó
- Solamente los siguientes archivos o tipo de información de salud (incluyendo fechas):

NOTA: Los siguientes tipos de información no serán divulgados a menos que sean específicamente autorizados.

Yo específicamente autorizo la divulgación de la siguiente información de salud (*Se requieren las iniciales si cualquiera de las siguientes opciones es chequeada*):

- Información de tratamiento de Salud Mental Iniciales: _____
- Resultados de la prueba de VIH Iniciales: _____
- Información de tratamiento de Alcohol/drogas Iniciales: _____

Autorización para el uso y/o divulgación de Información de Salud del Paciente

Se requiere una autorización por separado para autorizar la divulgación o el uso de notas de psicoterapia.

PROPOSITO: La petición para el uso o divulgación de información de mi salud es para el siguiente propósito:

- (1) Para proveer y coordinar mi tratamiento de salud y servicios; y
- (2) Para mejorar la calidad del tratamiento de salud que recibo.

EXPIRACIÓN: Esta autorización expira un año de la fecha de mi firma a menos que una fecha diferente sea especificada aquí _____ (*fecha*).

REVOCACIÓN: Yo entiendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo presentando mi petición para revocar esta autorización al proveedor de salud/Organización autorizado(a) para divulgar mi información. Mi revocación será efectiva al recibo de ésta, excepto lo que otros han actuado basados sobre ésta Autorización.

NOTIFICACIÓN DE LOS DERECHOS Y OTRA INFORMACIÓN: Yo entiendo que no tengo que firmar esta Autorización. El rehusarme no afectará my habilidad para obtener tratamiento, pago o elegibilidad de beneficios.

Yo entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta Autorización.

Además, entiendo que la información divulgada por esta Autorización, puede ser divulgada nuevamente (proveída) a otra persona o agencia y ya no podría estar protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA- por sus siglas en ingles). Sin embargo, la ley de California no permite que la persona que reciba mi información de salud por medio de esta Autorización pueda divulgarla, al menos que una nueva autorización para dicha divulgación es obtenida y firmada por mi o al menos que dicha divulgación es requerida específicamente o permitido por la ley.

Yo he leído las páginas de esta Autorización y estoy de acuerdo que se use y divulgue la información de salud especificada anteriormente.

Firma del Paciente

Fecha de Firma

Firma Del Representante Legal del Paciente (si es el caso)

Fecha de Firma

Nombre Del Representante Legal del Paciente

Parentesco con el Paciente