Carolinas Physicians Network

Patient Registration-Pediatric

ORG# _____

MRN# _____

Legal Last Name		
Legal First Name, Middle		
Nick Name		
SSN		
Date of Birth		
Sex	☐ Male ☐ Female	
Child Lives With	☐ Mother ☐ Father ☐ Grandparent ☐ Guardian	

Name		
Date of Birth		
Address		
Apt/Bldg/Suite #		
City, State, Zip		
Home Phone		
Work Phone		
Mobile Phone		
Email Address		
Employer Name		
Address		
City, State, Zip		

	Emergency Contact (Other than Parent/Guardian)	**Reason for visit** _____
Name		
Address		
Home Phone		Who referred you? _____
Work Phone		Permission to leave voice mail @ primary phone number?
Mobile Phone		☐ Yes ☐ No

	Primary Insurance	**Secondary Insurance**
Insurance Company		
Primary Policyholder Name		
Primary Policyholder DOB		
Primary Policyholder Sex	☐ Male ☐ Female	

Primary Care Physician		If none, do you need help finding a Primary Care Physician? ☐ Yes ☐ No

Person responsible for payment of bill: ☐ **Mother** ☐ **Father** ☐ **Guardian or Other** _____

Authorization, Assignment of Benefits, and Referral Medical Release

I hereby authorize the release of medical information including complete medical records, test results, and billing information to my insurance company, and to other medical professionals and medical care institutions that I may be referred to for treatment. I understand that this information will be used to review, investigate, or make payment of a claim, and to review records for quality improvement initiatives, audit compliance, utilization management, and complaint resolution. I authorize payment directly to Carolinas Physicians Network for all medical or surgical benefits otherwise payable to me under terms of my insurance. I understand that I am financially responsible for all co-payments, co-insurance, deductibles, and non-covered services. A photocopy of this authorization shall be considered as effective and as valid as the original.

Signed: _____ Date: _____

One patient per authorization form

Carolinas HealthCare System

There may be a charge for record copies.

Authorization for Release of Health Information

I hereby authorize the use or disclosure of my identifiable health information as described below. I understand that if the organization authorized to receive the information is not an insurance company or health care provider, the released information may no longer be protected by federal privacy regulations.

PURPOSE OF RELEASE: ❑ Ongoing Communication ❑ Copy of Record ❑ Legal or Insurance Review ❑ Authorized Representative's Request
❑ Other _____

RELEASE FROM: The facility/practice/individual listed below is authorized to release the requested health information:

Facility/Practice Name: _____ **Telephone #:** _____

Facility/Practice Address: _____ **Fax #:** _____

The facility/practice/individual listed above is authorized to release the requested health information for the following: date(s) of service, range of time or event(s): **From:** (MM/DD/YY) _____ **To:** (MM/DD/YY) _____

CHECK THE SPECIFIC INFORMATION TO BE RELEASED:

❑ **All Records & Details**
❑ Appointment Information
❑ Billing Information
❑ Consultation Report
❑ Discharge Summary
❑ Emergency Room Records
❑ History & Physical
❑ Immunization Records
❑ Lab/Pathology Reports
❑ Medication Records
❑ Office/Clinic Notes
❑ Operative Report
❑ Physician's Orders
❑ Progress Notes
❑ Psychiatric Evaluation
❑ Radiology/Imaging Reports
❑ Test Results
❑ Other (Please Specify) _____

I understand that the information in my medical record may include information relating to treatment of drug or alcohol abuse, sickle cell anemia, psychological or psychiatric impairments, sexually transmitted disease, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), AIDS related complex (ARC) and/or human immunodeficiency virus (HIV).

NAME OF PATIENT WHOSE INFORMATION IS TO BE RELEASED:

Patient Name: _____ (First) _____ (Middle/Maiden) _____ (Last)

Patient Address: _____ (Street Address/PO Box, City, State, Zip)

Social Security #: _____ **Date of Birth:** _____ **Medical Record/Chart #** _____

Please provide phone numbers where you are authorizing CHS to leave patient information as described above:

Home: _____ **Work:** _____ **Cell:** _____

RELEASE TO: This information may be released to and used by the following individuals/organizations. A separate authorization must be completed if the information being released or the purpose differs between the individuals/organizations listed below:

Name	Address	Telephone/Fax #	Relationship

PATIENT'S RIGHTS AND SIGNATURE:

- I understand that I have a right to revoke this authorization at any time by notifying the Medical Record Department of the above named organization in writing. (I understand that revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization. I understand that revocation will not apply to my insurance company when the law provides my insurer with the right to contest a claim under my policy.)
- I understand that authorizing the disclosure of this private health information is voluntary and I can refuse to sign this authorization.
- I understand that I may request to obtain a copy of the information to be used or disclosed per CHS' Notice of Privacy Practices/Policy.
- This authorization will expire when the information from the event/purpose noted above is released to the recipient named in this document.

If the patient is a minor or is clinically unable to sign, an authorized representative may sign this authorization.

PRINT NAME (Patient/Authorized Representative): _____

SIGNATURE: _____ **DATE:** _____

If Authorized Representative, please indicate relationship to patient: ❑ Spouse ❑ Parent ❑ Guardian ❑ Executor of Estate ❑ Power of Attorney

MINOR'S SIGNATURE: Please note, if the information is relating to the treatment of pregnancy, drug and/or alcohol abuse, venereal disease, or emotional disturbance for a patient under the age of of 18, the patient must also sign this authorization.

NAME OF MINOR: _____ **SIGNATURE OF MINOR:** _____ **DATE:** _____

FINANCIAL COMPENSATION: If the requestor of patient information is a health care provider, will the health care provider receive any financial compensation in exchange for using or disclosing the health information described above? ❑ Yes ❑ No ❑ N/A

For Carolinas HealthCare System Use Only: CHS Employees Please Complete

❑ Identification verified ❑ Copy of Authorization given to patient Date of release: _____ via ❑ Mail ❑ Fax ❑ Other _____

❑ Accepted - Released information as described above ❑ Partially Accepted - Describe patient information not released: _____

Employee Name & Title _____

Employee Signature: _____ Date: _____

Carolinas HealthCare System

Un Paciente Por Formulario de Autorización **Podría Haber un Costo por Copias de Historiales**

Carolinas HealthCare System - Authorization for Release of Health Information Form

Carolinas HealthCare System – Formulario de Autorización para Dar a Conocer Información de Salud

Por medio del presente, autorizo el uso o la revelación de mi información de salud identificable como es descrito abajo. Entiendo que si la organización autorizada a recibir la información no es una compañía de seguro o un proveedor de salud, la información entregada podría ya no ser protegida por las regulaciones federales de privacidad.

PROPÓSITO DE LA ENTREGA: ❑Comunicación en Curso ❑Copia del Historial ❑Revisión Legal o del Seguro ❑Solicitación de un Representante Autorizado ❑ Otro _____

ENTREGA POR PARTE DE: La instalación/consultorio/individuo anotado abajo está autorizado a entregar la información de salud solicitada:

Nombre de la instalación/consultorio: _____ **Número Telefónico** _____

Dirección de la instalación/consultorio: _____ **Número de Fax**_____

La instalación/consultorio/individuo anotado arriba está autorizado a entregar la información de salud por lo siguiente: fecha(s) del servicio, margen de tiempo o evento(s): **Desde:**(mes/día/año) _____ **Hasta**:(mes/día/año) _____

MARQUE LA INFORMACIÓN ESPECÍFICA A SER ENTREGADA:

❑ **Todos los Historiales y Detalles**	❑ Resumen del Alta	❑ Reportes de Laboratorio/Patología	❑ Notas de Progreso	❑ Ordenes del Doctor
❑ Información de Citas	❑ Historiales de la Sala de Emergencia	❑ Registro de Medicamentos	❑ Evaluación Previa Psiquiátrica	❑ Otros (Por favor, especifique)
❑ Información de Cobros	❑ Historial y Examen Físico	❑ Notas de Oficina/Clínica	❑ Radiología/Reportes de Imágenes	_____
❑ Reporte de la Consulta	❑ Registro de Vacunas	❑ Reporte Operatorio	❑ Resultados de Pruebas	_____

Entiendo que la información en mi historial médico puede incluir información relacionada a tratamiento de abuso de droga o alcohol, anemia de células falciformes, insuficiencia psicológica o psiquiátrica, enfermedades por transmisión sexual, sindrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), complejo relacionado al SIDA y/o otros virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

NOMBRE DEL PACIENTE CUYA INFORMACIÓN SERÁ ENTREGADA:

Nombre del Paciente: _____ _____ _____

Primer Segundo/De Soltera Apellido

Dirección del Paciente: _____

(Dirección de Calle/Apdo. Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)

Número de Seguro Social: _____ **Fecha de Nacimiento**: _____ **Número de Historial/Hoja Médica**_____

Por favor, provea los números telefónicos donde usted está autorizando a CHS a dejar la información del paciente descrita arriba:

Casa: _____ **Trabajo:** _____ **Celular:** _____

ENTREGAR A: Esta información puede ser entregada a y usada por los siguientes individuos/organizaciones. Una autorización aparte debe ser completada si la información entregada o el propósito difieren entre los individuos/organizaciones anotados abajo:

Nombre	**Dirección**	**Número Telefónico/Fax**	**Parentesco/Relación**

DERECHOS Y FIRMA DEL PACIENTE:

- Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento al notificar por escrito al Departamento de Registros Médicos ("Medical Record Department") de la organización mencionada arriba. (Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido entregada en respuesta a esta autorización. Entiendo que una revocación no se aplicará a mi compañía de seguro cuando la ley le otorga el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza.)
- Entiendo que autorizar la revelación de esta información de salud privada es voluntario y puedo rehusarme a firmar esta autorización.
- Entiendo, según el CHS Anuncio de Cómo Manejamos la Privacidad, que puedo solicitar inspeccionar u obtener una copia de la información a ser usada o revelada.
- Esta autorización se vencerá cuando la información del evento/propósito anotado arriba es entregada al destinatario nombrado en este documento.

Si el paciente es menor de edad o es incapaz clínicamente de firmar, un representante autorizado puede firmar esta autorización.

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA (Paciente/Representante Autorizado): _____

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

Si la firma es de un Representante Autorizado, por favor, indique su parentesco/relación: ❑ Esposo/a ❑ Padre/Madre ❑ Guardián ❑ Testamentario ❑ Apoderado

FIRMA DEL MENOR DE EDAD: Por favor, tome nota, si la información es relacionada al tratamiento de un embarazo, abuso de droga y/o alcohol, enfermedad venérea, o trastorno emocional para un paciente menor de 18 años de edad, el paciente debe también firmar esta autorización.

NOMBRE DEL MENOR: _____ **FIRMA DEL MENOR**: _____ **FECHA**: _____

COMPENSACIÓN FINANCIERA: Si el solicitante de la información es un proveedor de cuidado de salud, ¿recibirá él alguna compensación financiera a cambio del uso o revelación de la información descrita arriba? ❑ Sí ❑ No ❑ No se aplica

For Carolinas HealthCare System Use Only: CHS Employees Please Complete

❑ Identification verified ❑ Copy of Authorization given to patient / Date of release:_____via ❑Mail ❑Fax ❑Other_____

❑ Accepted - Released information as described above ❑ Partially Accepted - Describe patient information not released: _____

_____

CHS Employee Name & Title: _____ CHS Employee Signature: _____ Date _____