

Patient Name:

DOB:

MR #:

Index to Auth – PHI

Check this box if the authorization only needs to be scanned to the chart (Staff Only)

**UW Health**  
**(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)**  
**(SwedishAmerican Hospital)**  
**Access Community Health Centers**  
**PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**  
**MÉDICA PROTEGIDA**

Este formulario no debe usarse para la comunicación verbal. Si solicita comunicación verbal, utilice formulario de Autorización para Comunicación Verbal y/o para Dejar Mensajes en Correo de Voz.

**1. Información del Paciente**

Nombre – Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre (nombre de soltera o nombre anterior)			
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Expediente Médico (si lo conoce)	Fecha de Nacimiento	Número Telefónico	

**2. Divulgación de Información de (seleccione todo lo que corresponda)**

<input type="checkbox"/> Hospital y Clínicas de UW Health	<input type="checkbox"/> Hospital y Clínicas SwedishAmerican de UW Health
<input type="checkbox"/> Hospital de Rehabilitación de UW Health	<input type="checkbox"/> Centros de Salud Comunitaria Access
<input type="checkbox"/> Clínica de Fertilidad Generations	<input type="checkbox"/> Centro de Cirugía de Madison
<input type="checkbox"/> Clínica Wisconsin Sleep	<input type="checkbox"/> Otras organizaciones de Atención Médica (Complete la Sección Siguiente)
<input type="checkbox"/> Transformations	
Nombre: – (p.ej. Establecimiento Médico, nombre del médico)	
Dirección:	
Número Telefónico:	
Número de Fax (si corresponde):	

**3. La información puede divulgarse a: \*\* Por favor, Proporcione la Dirección Postal Completa del Destinatario o podría Rechazarse la Solicitud \*\***

Nombre – (p.ej. Establecimiento Médico, nombre del Médico):		
Dirección Postal (incluyendo Apartamento/# de Suite, si corresponde):		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número Telefónico:		
Número de Fax (si corresponde):	Correo electrónico (si corresponde):	

**4. Propósito o Necesidad de la Divulgación:**

<input type="checkbox"/> Atención Médica Adicional	<input type="checkbox"/> Cobertura de Seguro Médico	<input type="checkbox"/> Legal	<input type="checkbox"/> Determinación de discapacidad
<input type="checkbox"/> Compensación del Trabajador	<input type="checkbox"/> Investigación	<input type="checkbox"/> Para uso del paciente	
<input type="checkbox"/> Otro: _____			

**5. Información Médica que Se Divulgará**

**Paso 1 de 2**

Solo Resumen (incluye Resumen del Alta, Historia y Exámen Físico, Notas de la Oficina, Notas de Proveedores de la Sala de Emergencia, Informes Operativos/de Procedimientos, Informes Patológicos, Consultas, ECGs, Informes Radiológicos, Informes de Laboratorio)

Informe Médico Completo (incluye resúmenes, notas de enfermería, notas de progreso, órdenes médicas, etc.)

Estado(s) de Cuenta/Reclamo(s): \_\_\_\_\_

Registros sobre Tratamiento por Uso de Sustancias del Programa de Tratamiento de Uso de Sustancias según lo descrito aquí:

Todos los Registros de Uso de Sustancias

Solo registros relacionados con lo siguiente: \_\_\_\_\_

Registros relacionados con (especifique las afecciones o la especialidad del equipo de atención) \_\_\_\_\_

Otro, por favor especificar: \_\_\_\_\_

Si solamente desea los registros seleccionados previamente, pero de un periodo de tiempo específico, por favor, indíquelo aquí:  
Registros del período de tiempo siguiente: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**Imágenes (si necesita imágenes, seleccione entre la opción(es) siguientes.)**

Radiología

Ojos/Oftalmología

Cardiología

Dental

Cirugía

Otro (especificar): \_\_\_\_\_

Fecha(s) de las imágenes médicas (si se deja en blanco, se divulgarán solo los último dos (2) meses)  
Desde el \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Patient Name:

DOB:

MR #:

Index to Auth – PHI

**UW Health**  
**(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)**  
**(SwedishAmerican Hospital)**  
**Access Community Health Centers**  
**PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**  
**MÉDICA PROTEGIDA**

**Paso 2 de 2 Exclusión Opcional**

Esta autorización incluye divulgación de información sobre uso de sustancias (referencias en registros médicos generales), salud mental\*, discapacidades del desarrollo\*, pruebas genéticas, SIDA o enfermedades relacionadas con el SIDA, infecciones de transmisión sexual y/o resultados de pruebas de VIH, a menos que yo limite la divulgación para excluir lo siguiente: \_\_\_\_\_

**\*En el caso de pacientes de Illinois se requiere firma de un testigo en la página 3**

**6. Formato para la Entrega de Registros:**

- Papel (envío)       Fax (Escriba el número de fax del destinatario en la Sección #3)
- Portal Seguro Se requiere una dirección de correo electrónico válida y acceso a Internet.  
Dirección de correo electrónico para recibir enlace para el portal seguro.
- Correo electrónico (Por favor, tenga presente que un correo electrónico no es un método seguro de transmisión)  
Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_
- Fragmentos de su Información Médica Electrónica (EHI) (consulte página 3 para información adicional). Los fragmentos solo pueden entregarse electrónicamente. El método de preferencia en MyChart.
- Otro: \_\_\_\_\_

**Por favor, tenga presente que:** Si no selecciona un formato, los registros se entregarán en papel y se enviarán por correo al destinatario identificado anteriormente en el #3.

**\*\*Las copias de las imágenes médicas se enviarán solo por correo en un disco.\*\***

- 7. Fecha de vencimiento:** Esta autorización será efectiva hasta que se complete la divulgación(es) indicadas anteriormente, a menos que usted especifique que esta autorización se mantendrá efectiva por un periodo de tiempo adicional. (TENGA PRESENTE que si especifica un periodo de tiempo adicional, esta autorización se aplicará a la información médica que se genere sobre usted durante ese periodo de tiempo). Otra fecha de vencimiento específica \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- 8. Autorización:** De acuerdo con las condiciones indicadas arriba y en la página siguiente de este formulario, autorizo el uso y/o la divulgación de mi información médica según lo especifica esta Autorización.

**Por favor, lea las siguientes pautas antes de firmar esta autorización.**

**Derechos y Responsabilidades:** Los proveedores de la salud de UW Health respetan el derecho de un paciente a la confidencialidad de su información médica según lo establecido bajo la ley federal y estatal.

**Divulgación de Información:** La información divulgada se puede obtener del expediente médico de UW Health. Se puede obtener a través de múltiples formularios en papel o electrónicos (cuando sea pertinente). Puede incluir elementos de datos procedentes de fuentes externas incluidos en gráficas y documentos. Las copias divulgadas a través del Departamento de Manejo de la Información Médica (Health Information Management) incluyen únicamente registros médicos.

**Dónde Enviar Autorizaciones, Solicitudes de Revocación y otras Solicitudes de Registros Médicos:**

- **Las Autorizaciones para los establecimientos de UW Health en Wisconsin** pueden enviarse por correo a: UW Health - Health Information Management, 8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717.
- **Las Autorizaciones para los establecimientos de UW Health en Illinois** pueden enviarse por correo a: Health Information Management, UW Health SwedishAmerican Health System, 1401 East State Street, Rockford, Illinois, 61104.
- **Centros de Salud Comunitaria Access (solo Solicitudes de Imágenes Dentales)** pueden enviarse por correo a: Access Community Health Centers, 2901 West Beltline Hwy. Suite 120, Madison, WI 53713.

También puede obtener una lista detallada de las clínicas que divulgan su propia información dirigiéndose a uwhealth.org. Esta información se encuentra en la sección para "Pacientes y Visitantes" (Patient and Visitor), "Cómo Obtener Su Expediente Médico" (How to Obtain Your medical Records).

**Reglas Federales de Privacidad HIPAA:** Estas reglas federales indican cuándo se puede usar o divulgar su información médica protegida sin su autorización. Para obtener información adicional, por favor, consulte nuestro Aviso sobre Prácticas de Privacidad. Usted puede encontrar una copia del Aviso sobre Prácticas de Privacidad en la página en la red de uwhealth.org. Esta información está localizada en la esquina inferior derecha de la página en la red. Haga clic en el Aviso sobre Prácticas de Privacidad (HIPAA).

**Privacidad del Programa Federal de Tratamiento del Trastorno por Uso de Sustancias (42 CFR Parte 2):** Las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2) que se aplican a los registros del tratamiento de trastornos por uso de sustancias y/o de las referencias por este trastornos que mantiene un programa Parte 2 prohíbe cualquier divulgación adicional de tales registros sin el consentimiento específico por escrito del individuo cuya información se divulga o como de lo contrario permitido por 42 CFR Parte 2. Sin embargo, una de las entidades incluidas (o su socio comercial) a las que se divulgan registros con fines de tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, puede volver a divulgar dichos registros de acuerdo con HIPAA (excepto usos y divulgaciones para procedimientos criminales, administrativos y legislativos contra el paciente). Además, cualquier otra divulgación de información lleva consigo la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada en que la información pudiese no estar protegida por estándares federales de privacidad.

Patient Name:

DOB:

MR #:

Index to Auth – PHI

**UW Health**  
**(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)**  
**(SwedishAmerican Hospital)**  
**Access Community Health Centers**  
**PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**  
**MÉDICA PROTEGIDA**

**Designación General para Divulgación de Información sobre Trastornos por Uso de Sustancias:** Yo entiendo que he realizado una designación general para divulgar información sobre el tratamiento de y/o las referencias por un trastorno de uso de sustancias a individuos o entidades con las cuales estoy en tratamiento. Yo puedo solicitar una lista de los individuos o entidades a las cuales se les ha divulgado la información sobre mi trastorno de uso de sustancias comunicándome con el establecimiento apropiado.

**No Está Obligado a Firmar:** Usted no tiene ninguna obligación de firmar este formulario y puede rehusarse a hacerlo. Con excepción de lo permitido por las leyes aplicables, los proveedores de atención médica de UW Health no pueden negarse a proporcionarle tratamiento u otros servicios de atención médica si usted se niega a firmar este formulario.

**Revocación:** Usted tiene derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento antes de que deje de ser efectiva. Sin embargo, su revocación por escrito no afectará a ninguna divulgación de su información médica que la(s) persona(s) y/u organización(es) mencionadas en la página anterior de este formulario ya haya(n) realizado, en virtud de esta autorización, antes de que usted la revoque. Además, si esta autorización fue obtenida con el propósito de recibir cobertura del seguro médico, es posible que su revocación no sea efectiva en aquellas circunstancias en que el asegurador esté disputando un reclamo. Para los registros de UW Health, su revocación debe realizarse por escrito, ser firmada por usted o su representante legal, y entregada a los establecimientos apropiados.

**Nueva Divulgación:** Si la(s) persona(s) y/u organización(es) autorizada(s) por este formulario a recibir su información médica protegida no es/son proveedor(es) de atención médica u otra(s) persona(s) sujeta(s) a las leyes federales de privacidad médica, la información médica protegida que reciba(n) puede perder su protección bajo las leyes federales de privacidad médica, y es posible que se permita que esa(s) persona(s) vuelva(n) a divulgar su información médica protegida sin su permiso previo.

**Derecho a la Inspección:** Tiene derecho a revisar u obtener una copia de sus registros, con ciertas excepciones dispuestas en las leyes federales y estatales. Si desea revisar sus registros, use la información de contacto apropiada que se proporcionó anteriormente.

**Tarifas:** No se aplicará ningún cargo por registros que se soliciten y divulguen a otras organizaciones de atención médica. Se le podría cobrar una tarifa si la solicitud es para otros fines. Consulte [www.uwhealth.org](http://www.uwhealth.org) para obtener más detalles sobre la estimación de tarifas.

**Múltiples Formatos para la Divulgación de Documentación Médica:** Usted puede solicitar que le entregue los registros en diferentes formatos, sin embargo, solo se utilizará un solo tipo de formato por cada autorización. Si desea múltiples formatos, se le pedirá que presente una solicitud distinta para cada uno (y es posible que se le cobre por cada solicitud)

**Firmas:** Generalmente, si tiene 18 años o más, usted es la única persona a la que se permite firmar este formulario para autorizar la divulgación de su información médica protegida. Si es menor de 18 años, su padre/madre o tutor legal debe firmar este formulario en su nombre. Sin embargo, hay muchas situaciones en las que esta regla general no se aplica.

**Fragmentos de su Información Médica Electrónica (EHI por sus siglas en inglés):** Toda información médica electrónica debe incluir un hipervínculo actualizado y de fácil acceso que permita que cualquier usuario tenga acceso directo a la información en el formato tipo archivos para exportación de EHI sin condiciones o pasos adicionales. Lo(s) archivo(s) que se creen deben ser electrónicos y en un formato compatible.

Los fragmentos de su Información Médica Electrónica (EHI por sus siglas en inglés) solo pueden entregarse electrónicamente. El método de preferencia es MyChart. Por favor, tenga presente que debido a los parámetros de nuestro Sistema de Registros Médicos Electrónicos, la información médica electrónica que se exporte *puede* incluir información de uno o más de nuestros afiliados y socios de "Community Connect": Hospicio "Agrace", Uso de Sustancias, Clínicas de Salud Mental y VIH, Clínica de Fertilidad "Generations, Centro de Cirugía de Madison, Clínica de Evaluación e Intervención para Alcohol/Drogas en Adolescentes de UW Health, Médicos para Mujeres, Centro de Cirugías de Transformación, Hospital de Rehabilitación de UW Health, Wisconsin Sleep, Quartz y Centros de Salud Comunitaria Access.

Firma del Paciente o Representante Legal Signature of Patient or Legal Representative		Relación con el Paciente Relationship to Patient	Fecha Date
(Es posible que los pacientes de 12 a 17 deban firmar y fechar el formulario con la firma conjunta de padres/tutor legal) (Patients ages 12-17 may be required to sign and date with co-signature of parent/legal guardian)			
Firma Conjunta de Menor (Si corresponde) Co-Signature of Minor (If Applicable)	Nombre en letra de molde Print Name	Relación con el Paciente Relationship to Patient	Fecha Date
Firma del Testigo (Si corresponde en Illinois)* Signature of Witness (If Applicable in Illinois)*	Nombre en letra de molde Print Name		Fecha Date
Firma del Intérprete o Lector (si es pertinente) Interpreter or Reader Signature (if applicable)	Nombre del Intérprete o Lector en Letra de Molde Print Interpreter or Reader Name		Fecha Date

Patient Name:

DOB:

MR #:

Index to Auth – PHI

**UW Health**  
**(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)**  
**(SwedishAmerican Hospital)**  
**Access Community Health Centers**  
**AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF**  
**PROTECTED HEALTH INFORMATION**

This form is not to be used for verbal communication. If requesting verbal communication, use Authorization for Verbal Communication and/or to Leave Voice Mail Messages form.

**1. Patient Information**

Name – Last, First, MI (Maiden or former name) See Spanish Version			
Street Address See Spanish Version	City	State	Zip Code
Medical Record Number (only if known) See Spanish Version	Birth Date	Phone Number	

**2. Release Information From (select all that apply)**

<input type="checkbox"/> UW Health Hospitals and Clinics	<input type="checkbox"/> UW Health SwedishAmerican Hospitals and Clinics
<input type="checkbox"/> UW Health Rehab Hospital	<input type="checkbox"/> Access Community Health Centers
<input type="checkbox"/> Generations Fertility Clinic	<input type="checkbox"/> Madison Surgery Center
<input type="checkbox"/> Wisconsin Sleep	<input type="checkbox"/> Other Healthcare Organization (Complete Following Section)
<input type="checkbox"/> Transformations	
Name: - (e.g., Health facility, physician name): See Spanish Version	
Address: See Spanish Version	
Phone Number: See Spanish Version	
Fax Number (if applicable): See Spanish Version	

**3. The Information may be Released to: \*\* Please Provide Full Mailing Address of Recipient or Request May be Rejected \*\***

Name - (e.g., Health Facility, Physician Name, Family Member): See Spanish Version		
Mail Address (include Apt/Suite#, if applicable): See Spanish Version		
City: See Spanish Version	State:	Zip Code:
Phone Number: See Spanish Version		
Fax Number (if applicable): See Spanish Version	Email (if applicable): See Spanish Version	

**4. Purpose or Need for Disclosure**

<input type="checkbox"/> Further Medical Care	<input type="checkbox"/> Insurance Coverage	<input type="checkbox"/> Legal	<input type="checkbox"/> Disability determination
<input type="checkbox"/> Workers' Compensation	<input type="checkbox"/> Research	<input type="checkbox"/> Patient use	<input type="checkbox"/> Other: _____

**5. Health Information to Be Released**

<p><b>Step 1 of 2</b></p> <p><input type="checkbox"/> Abstract Only (includes Discharge Summary, History &amp; Physical, Office Notes, Emergency Room Provider Notes, Operative/Procedure Reports, Pathology Reports, Consults, EKGs, Radiology Reports, Laboratory Reports)</p> <p><input type="checkbox"/> Entire Medical Record (includes abstract, nursing notes, progress notes, physician orders, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Billing Statement(s)/Claim(s): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Substance Use Treatment Records from UW Health's Substance Use Treatment Programs as described here:</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> All Substance Use Records</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Only records pertaining to the following: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Records pertaining to (specify conditions or care team specialty): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Other, please specify: _____</p> <p>If you only want records marked above for a specific time period, please indicate here:  For records related to the following time period: _____ to _____</p> <p>Imaging (If images are needed select an option(s) below.)</p> <p><input type="checkbox"/> Radiology      <input type="checkbox"/> Cardiology      <input type="checkbox"/> Surgery</p> <p><input type="checkbox"/> Eye/Ophthalmology      <input type="checkbox"/> Dental      <input type="checkbox"/> Other (specify): _____</p> <p>Date(s) of selected medical images (if left blank, only the past two (2) years will be released):  From _____ To _____</p>
--

Patient Name:

DOB:

MR #:

UW Health  
 (University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)  
 (SwedishAmerican Hospital)  
 Access Community Health Centers  
**AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF  
 PROTECTED HEALTH INFORMATION**

Index to Auth – PHI

**Step 2 of 2 Optional Exclusion**

This authorization includes the disclosure of information regarding substance use (referenced in general medical records), mental health\*, developmental disabilities\*, genetic testing, AIDS or AIDS-related illness, sexually transmitted infection, and/or HIV test results, unless I limit the disclosure to exclude the following: \_\_\_\_\_

**\*Witness signature required for IL patients on page 3**

**6. Format for Record Delivery:**

- Paper (mailed)       Fax (List recipient fax number in Section #3)       Patient's MyChart (Cannot Send to Proxy Accounts)
- Secure Portal. Internet access and valid email address required.  
Email address for link to secure portal: \_\_\_\_\_
- Email (Please note that email is not a secure method of transmission)  
Email address: \_\_\_\_\_
- EHI Extract (see page 3 for additional information). Extracts can only be delivered electronically. MyChart is the preferred method.
- Other: \_\_\_\_\_

**Please note:** If a format is not selected, records will be provided in paper format and will be mailed to recipient identified in #3 above.

**\*\*Copies of medical images will be mailed on disk only.\*\***

**7. Expiration Date:** This authorization will remain in effect until the above disclosure(s) have been completed unless you specify that this authorization will be effective for an additional time period.  
(NOTE that if you specify an additional time period, this authorization will apply to your medical information generated during the additional time period.)       Other specific expiration date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**8. Authorization:** In accordance with the conditions listed above and on the next page of this form, I authorize the use and/or disclosure of my medical information as specified in this Authorization.

**Please read the following guidelines before signing this authorization.**

**Rights and Responsibilities:** UW Health care providers honor a patient's right to confidentiality of protected health information as provided under federal and state law.

**Release of Information:** The information released may be obtained from the medical record of UW Health. It may be obtained from multiple paper-based or electronic-based forms (as applicable). It may include data elements from outside sources that are embedded in tables and documents. Copies released from Health Information Management include medical records only.

**Where to Send Authorizations, Revocation Requests, and other Medical Record Requests:**

- **Authorizations for UW Health sites in Wisconsin** can be mailed to UW Health - Health Information Management, 8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717.
- **Authorizations for UW Health sites in Illinois** can be mailed to Health Information Management, UW Health SwedishAmerican Health System, 1401 East State Street, Rockford, Illinois, 61104.
- **Access Community Health Centers (Dental Image Requests only)** can be mailed to Access Community Health Centers, 2901 West Beltline Hwy. Suite 120, Madison, WI 53713. Request for medical and dental records can be sent to Access Community Health Centers, Health Information Management, 8501 Excelsior Drive, Madison, WI 53717.

You can also see a detailed listing of clinics that release their own records on uwhealth.org. This information is located in the Patient and Visitor section, How to Obtain Your Medical Records.

**Federal HIPAA Privacy Rules:** These federal rules indicate when your protected health information may be used or disclosed without your authorization. Please see our Notice of Privacy Practices for additional information. You can find a copy of the Notice of Privacy Practices on the website at uwhealth.org. This information is located on the bottom right corner of the website. Click on Notice of Privacy Practices (HIPAA).

**Federal Substance Use Disorder Treatment Program Privacy (42 CFR Part 2):** The federal confidentiality rules (42 CFR Part 2) that apply to substance use disorder treatment and/or referral records maintained by a Part 2 program prohibit any further disclosure of such records without the specific written consent of the individual whose information is being disclosed or as otherwise permitted by 42 CFR Part 2. However, a covered entity (or their business associate) to whom records are disclosed for purposes of treatment, payment, or health care operations, may redisclose such records in accordance with HIPAA (except for uses and disclosures for civil, criminal, administrative, and legislative proceedings against the patient). In addition, any other disclosures of information carry the potential for unauthorized re-disclosure and the information may not be protected by federal privacy standards.

**General Designation for Disclosure of Substance Use Disorder Treatment Information:** I understand I have made a general designation to disclose substance use disorder treatment and/or referral information to individuals or entities with which I have a treatment relationship. I may request a list of individuals or entities to which my substance use disorder information has been disclosed by contacting the appropriate location.

Patient Name:

DOB:

MR #:

Index to Auth – PHI

**UW Health**  
**(University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority)**  
**(SwedishAmerican Hospital)**  
**Access Community Health Centers**  
**AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF**  
**PROTECTED HEALTH INFORMATION**

**No Obligation to Sign:** You are under no obligation to sign this form, and you may refuse to do so. Except as permitted under applicable law, UW Health care providers may not refuse to provide you treatment or other healthcare services if you refuse to sign this form.

**Revocation:** You have the right to revoke this authorization, in writing, at any time before it ends. However, your written revocation will not affect any disclosures of your medical information that the person(s) and/or organization(s) listed on the previous page of this form have already made, in reliance on this authorization, before the time you revoke it. In addition, if this authorization was obtained for the purpose of insurance coverage, your revocation may not be effective in certain circumstances where the insurer is contesting a claim.

For UW Health records, your revocation must be made in writing, signed by you or your legal representative, and delivered to the appropriate location.

**Re-release:** If the person(s) and/or organization(s) authorized by this form to receive your protected health information are not healthcare providers or other people who are subject to federal health privacy laws, the protected health information they receive may lose its protection under federal health privacy laws, and those people may be permitted to re-release your protected health information without your prior permission.

**Right to Inspect:** You have the right to inspect or obtain a copy your records, with certain exceptions provided under state and federal law. If you would like to inspect your records, use the appropriate contact information provided above.

**Fees:** There is no charge for records requested by and released to other healthcare organizations. A fee may be charged for other requested purposes. See [www.uwhealth.org](http://www.uwhealth.org) for more details on fees assessed.

**Multiple Formats for Release of Medical Records:** You may request records to be provided to you in different formats; however, only one format will be released per authorization. You will be asked to submit a separate request for each format if multiple formats are desired (and may be charged for each request).

**Signatures:** Generally, if you are 18 years of age or older, you are the only person who is permitted to sign this form to authorize the disclosure of your protected health information. If you are under the age of 18, your parent or guardian must sign this form for you. However, there are many situations in which this general rule does not apply.

**EHI Extract:** All EHI export files are required to include an accessible and up-to-date hyperlink that allows any user to directly access the EHI export file format information without preconditions or additional steps. The export file(s) created must be electronic and in a computable format.

EHI Extract file can only be delivered electronically. MyChart is the preferred method. Please note that due to technical settings in our EHR System, an EHI Export *may* include information from one or more of our affiliates and Community Connect partners: Agrace Hospice, Substance Use, Psych and HIV Clinics, Generations Fertility Clinic, Madison Surgery Center, UW Health Adolescent Alcohol/Drug Assessment and Intervention Clinic, Physicians for Women, Transformation Surgery Center, UW Rehab Hospital, Wisconsin Sleep, Quartz and Access Community Health Centers.

<u>See Spanish Version</u>	<u>/ See Spanish Version</u>	<u>/ See Spanish Version</u>
Signature of Patient or Legal Representative	Relationship to Patient	Date
(Patients ages 12-17 may be required to sign and date with co-signature of parent/legal guardian)		

<u>See Spanish Version</u>	<u>/ See Spanish Version</u>	<u>/ See Spanish Version</u>	<u>/ See Spanish Version</u>
Co-Signature of Minor (If Applicable)	Print Name	Relationship to Patient	Date

<u>See Spanish Version</u>	<u>/ See Spanish Version</u>	<u>/ See Spanish Version</u>
Signature of Witness (If Applicable in Illinois)*	Print Name	Date

<u>See Spanish Version</u>	<u>/ See Spanish Version</u>	<u>/ See Spanish Version</u>
Interpreter or Reader Signature (if applicable)	Print Interpreter or Reader Name	Date