



Medical Record # \_\_\_\_\_  
(GRH staff use only)

## Consent for Use and Release of Health Information

This consent applies to all Glencoe Regional Health locations where I may receive my care.

**Treatment, Payment and Operations:** I authorize Glencoe Regional Health, any other health care providers, entities that pay for my health care, and anyone affiliated with or authorized by them to: release and receive my health records and other information about my health care for treatment, payment and health care operations purposes as described in Glencoe Regional Health' Notice of Privacy Practices. I understand that information received by or created in a drug or alcohol abuse treatment unit may require another authorization before it can be released for some or all of these purposes.

**Provider Record Locator or Patient Information Service:** A health record locator or patient information service helps my health care providers know where I have received care and get information about my health to help treat me. Glencoe Regional Health and other providers who participate in a record locator or patient information service may access my information in a record locator or patient information service to help provide care and services to me. Glencoe Regional Health may share my identifying information and location of my health records with a health record locator or patient information service, unless I check here:

**Consent for Use and Disclosure of Medical Records in Research:** I authorize Glencoe Regional Health to use or disclose my medical records for research. This includes health records created by Glencoe Regional Health and any records Glencoe Regional Health receives from other health care providers while treating me, unless I check here:

This consent will continue forever unless I cancel it in writing at: Glencoe Regional Health, Health Information Management, 1805 Hennepin Ave N, Glencoe, MN 55336. If I cancel my consent, it will not change releases that have already been made.

\_\_\_\_\_  
Patient Name (print)

\_\_\_\_\_  
Date of Birth

\_\_\_\_\_  
Patient or Legal Representative Signature

\_\_\_\_\_  
Date/Time

\_\_\_\_\_  
Legal Representative Printed Name (if signing for patient)

\_\_\_\_\_  
Authority to sign for patient  
(attach documentation)



Medical Record # \_\_\_\_\_  
(GRH staff use only)

## Consentimiento para el Uso y Divulgación de la Información Médica (Consent for Use and Release of Health Information)

Este consentimiento es válido para todas las locaciones de Glencoe Regional Health en las cuales puedo recibir cuidado médico.

**Tratamiento, Pago y Operaciones Relacionadas con su Salud:** Yo autorizo a Glencoe Regional Health, cualquier otro proveedor de cuidado médico, entidades que pagan por mi cuidado médico, y cualquiera afiliado con o autorizado por ellos a: divulgar y recibir mis registros de salud y cualquier otra información sobre el cuidado de mi salud para recibir tratamiento, pago y operaciones relacionadas con el propósito de mi salud, como describe el Aviso de Privacidad en la Práctica de Glencoe Regional Health. Entiendo que la información recibida o creada en una unidad de tratamiento por alcoholismo o drogadicción puede requerir otra autorización antes de que pueda ser divulgada por algunos o todos estos propósitos.

**Localizador de Registros del Proveedor:** Un servicio de localización del registro de salud o servicio de información para el paciente ayuda a mi proveedor de cuidado médico a saber donde he recibido cuidado médico y obtener información sobre mi salud para ayudar a mi tratamiento. Glencoe Regional Health y otros proveedores que participan en el servicio de localización de registro de salud o de información del paciente puede acceder a mi información para ayudar a proveerme cuidado médico y servicios. Glencoe Regional Health puede compartir mi información identificatoria y locación de mi registro de salud usando un servicio de localización, a menos que marque la siguiente casilla:

**Consentimiento para Uso y Divulgación de los Registros de Salud para Investigación:** Yo autorizo a Glencoe Regional Health a usar o divulgar mi registro de salud para investigación. Esto incluye registros médicos creados por Glencoe Regional Health y cualquier información que Glencoe Regional Health recibió de otro proveedor de cuidado de salud mientras me ofreció tratamiento, a menos que marque la siguiente casilla:

Este consentimiento continuará en vigencia a menos que yo lo cancele por escrito a: Glencoe Regional Health, Health Information Management, 1805 Hennepin Ave N, Glencoe, MN 55336. Si cancelo el consentimiento, no cambiará aquella información que ya se compartió.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (En letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha/Hora

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante Legal (si firma por el paciente)

\_\_\_\_\_  
Autorización si firmó por el paciente  
(adjunte documentación)