



Patient ID: _____

Provider: _____

Site: _____

Authorization for Release of Information

I authorize Health Services of North Texas to *release / obtain (circle one)* medical information concerning:

Patient Name: _____ DOB: _____ Contact Number: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zipcode: _____

Dates of Service: _____

This information is to be *released to / obtained from (circle one):*

Name/Company: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zipcode: _____

Phone Number: _____ Fax Number: _____

Specific information to be released:

- Nurses' notes & admission assessment
- Physician's progress notes/consult reports
- Physician's H&P & discharge report
- Electrocardiograms & dictated results
- Laboratory results
- Medical imaging dictated results
- Medication administration records
- Immunization Records
- Other _____

This information is necessary for the following purposes: (*Indicates possible fee for service)

- Follow-up Care
- Patient is requesting disclosure**
- Disability Benefits*
- Attorney*
- Other*: _____

Information to be released via: Fax Mail Pick-up Email _____

This authorization is effective immediately and shall remain in effect for one year. I understand that the request may not further use or disclose medical information unless I authorize such further use or disclosure or unless such use is specifically required or permitted by law. I understand that the specific information to be released may include, but is not limited to: history, diagnosis and/or treatment of drug or alcohol abuse, mental illness, or communicable diseases, including HIV/AIDS. I authorize the release of this specific data. I also understand that this authorization may be revoked by me by a written and dated notice, except to the extent disclosure has been made prior to receipt of the revocation.

I have read and understand this consent, and I have signed it voluntarily and of my own free will.

Signature of Patient or Authorized Personal Representative

Relationship to Patient

Date

Authorized Personnel Only

Date Received: _____

Completed by: _____

Date Processed: _____

Number of Pages: _____



Patient ID: _____

Provider: _____

Site: _____

Autorización para la divulgación de información

Autorizo a Health Services of North Texas a *divulger / obtener* (circule uno) información médica relacionada con:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fechas de servicio: _____ Número de teléfono: _____

Esta información se debe *divulger / obtener* (circule uno) de:

Nombre / Compañía: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Información específica solicitada:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Notas de enfermeras y evaluación de admisión | <input type="checkbox"/> Notas / reportes de progreso del medico | |
| <input type="checkbox"/> Informe de H&P y alta del medico | <input type="checkbox"/> Electrocardiogramas y resultados dictados | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Resultados dictados de imágenes médicas | <input type="checkbox"/> Registros de administración de medicación | <input type="checkbox"/> Registros de vacunas |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |

Esta información es necesaria para los siguientes propósitos: (* Indica posible tarifa por el servicio)

- | | | | |
|--|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Atención de seguimiento | <input type="checkbox"/> El paciente solicita la divulgación ** | <input type="checkbox"/> Beneficios de discapacidad * | <input type="checkbox"/> Abogado * |
| <input type="checkbox"/> Otro*: _____ | | | |

Information to be released via: Fax Correo Recogida Correo electrónico _____

Esta autorización entra en vigencia inmediatamente y permanecerá vigente por un año. Entiendo que la solicitud no puede utilizar o divulgar esta información médica a menos que yo autorice dicho uso o divulgación posterior o a menos que tal uso sea específicamente requerido o permitido por la ley. Entiendo que la información específica que se divulgará puede incluir, entre otros: historial, diagnóstico y / o tratamiento del abuso de drogas o alcohol, enfermedades mentales o enfermedades contagiosas, incluido el VIH / SIDA. Autorizo el lanzamiento de esta información específica. También entiendo que esta autorización puede ser revocada por mí mediante una notificación escrita y fechada, excepto en la medida en que dicha divulgación se haya realizado antes del recibo de la revocación.

He leído y entiendo este consentimiento, y lo he firmado voluntariamente y por mi propia voluntad.

Firma del paciente o la parte autorizada

Fecha

Relación al paciente

Authorized Personnel Only

Date Received: _____

Completed by: _____

Date Processed: _____

Number of Pages: _____