



AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL INFORMATION

I authorize Austin Public Health to (circle one) release / obtain medical information concerning:

Patient Name: _____ **Date of Birth** ____/____/____

Address: _____ **City** _____ **State** _____ **ZIP** _____

Soc. Sec. No ____/____/____ **Telephone Number:** _____ **Dates of Service:** _____

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

Facility / Person _____

Address _____

City/State _____ Zip _____

Telephone Number _____

Return Address

Facility ___ APH, Immunizations Unit _____

Address ___ 15 Waller St. _____

City/State ___ Austin, TX _____ Zip ___ 78702 _____

Telephone Number ___ 512-972-5520 _____

Please release the following information, indicated by an "X":

___ Progress/Clinic Notes ___ Consultation ___ Hospital Summary Sheet

___ Lab Results/X-Rays ___ History & Physical ___ Operative Report (s)

___ Tuberculosis Elimination Records ___ Discharge Summary

___ Social Work Notes X Other ___ Immunization Record _____

HIV/STD
Medical
Information

Psychiatric

Substance Abuse
Records

Initials

This information is necessary for the following purposes:

___ Follow-up Care X Patient is requesting disclosure ___ Disability Benefits ___ Attorney**

___ Other** Please Explain _____ ****Indicates Fee for Service**

Will Financial/compensation result in use or disclosure? Yes No

Please release my information via: ___ Mail ___ Orally ___ Pick-up ___ Fax (Emergencies Only) (Fax No. _____)

I, the undersigned, understand that I may revoke this consent at any time in writing, except to the extent that action has been taken in reliance on it and that in any event this consent shall expire in six (6) months from when it is signed unless otherwise specified (Otherwise specified date _____). Upon expiration, the ATCHHSD can no longer use or disclose my information for the above purposes without a new authorization. All revocations will be sent to the attention of the Clinic Manager and become effective once received.

I understand that the above information may include records/reports from other health care providers involved in my care or treatment. I have read this authorization and understand what information will be used or disclosed, who may use and disclose the information and the recipients(s) of that information.

I understand any of the above requested information may include results of sexually transmitted disease, acquired immunodeficiency syndrome(AIDS) Human Immunodeficiency Virus (HIV) tests if any were performed. Further, I understand any of the above requested information may include results of alcohol/drug (substance) abuse and/or diagnosis and treatment of psychological disorders.

I understand that the provision of my health care and the payment for my health care will not be affected if I do not sign this form. You may refuse to sign this authorization.

I understand that I may see and copy the information described on this form if I ask for it, and that I get a copy of this form after I sign it

FOR OFFICE USE ONLY: Authorization added to the patient's medical record on _____.

Authorization verified by _____ on _____.

Patient has been provided with a copy of the signed authorization.

THE PARTY RECEIVING THIS INFORMATION: This information is being disclosed to you from records where confidentiality may be protected by federal and/or state laws. If so, regulations 42 CFR, Part 2, prohibit further disclosure without specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by such regulation.

Signature of Patient or Authorized Party _____ **Date** _____ **Relationship to Patient** _____

Witness _____ Reason for Patient Not Signing _____



AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR INFORMACIÓN MÉDICA

Yo autorizo a Austin Public Health a liberar / obtener (marque una) información médica acerca de:

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____

Dirección de Domicilio: _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

No de Soc. Sec. _____ / _____ / _____ Número de Teléfono: _____ Fechas de Servicio: _____

Esta información va a ser liberada para/obtenida de (marque una):

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad/Estado _____ Código Postal _____

Número de Teléfono _____

Dirección de regreso:

Nombre _____ APH, Immunizations Unit _____

Dirección _____ 15 Waller St. _____

Ciudad/Estado _____ Austin, TX _____ Código Postal _____ 78702 _____

Número de Teléfono _____

Por favor libere la siguiente información indicada con una "X":

___ Informe del progreso clínico ___ Consultas ___ Sumario del Expediente

___ Resultados de Laboratorio/
Rayos X ___ Historia y Exámen Físico ___ Reported de Operación(es)

___ Registro de Eliminación de
Tuberculosos ___ Sumario de Egreso

___ Notas de Trabajo Social X Otro Immunization Record _____

Yo doy permiso especial para liberar
Cualquier información en cuanto
a los siguiente **INICIAL**
 Información Médica
del VIH
 Psiquiatría
 Registro de Abuso de
Sustancias

Esta información es necesaria por los siguientes propósitos:

___ Completar el Cuidado Médico X El Paciente Solicita la Divulgación ___ Beneficios de Incapacidad ___ Abogado**

___ Otra ** Por favor explique _____

**Indica un precio monetario por estos servicios

Resultará en un beneficio financiero/compensación el uso o divulgación?: Si No

Por favor libere mi información via: ___ Correo Postal ___ Oralmente ___ Recoger ___ Fax (en casos de Emergencia)
(No. de Fax _____)

El paciente, o el representante del paciente, debe leer la siguiente declaración

Yo, el abajo firmante, entiendo que puedo revocar éste consentimiento por escrito en cualquier momento a excepción que hasta cierto punto la acción haya sido tomada en confianza y que en cualquier evento este consentimiento expirará en (6) meses de la fecha en cual esta es firmada, a menos que otra fecha haya sido especificada (Orta fecha especificada _____). Yo, entiendo que el suministro y los pagos para mi cuidado de salud no serán afectados si decido no firmar esta forma. Al expirarse, el Departamento de los Servicios de Cuidado de la Communicable Disease, no podrá usar o liberar mi información para los propósitos nombrados arriba sin una nueva autorización. Todas las revocaciones serán enviadas a la atención del Oficial de Privacidad del Communicable Disease y una vez recibidas se pondrán en efecto.

Yo entiendo que tal información puede incluir documentos/reportes de pasados proveedores de salud involucrados en mi cuidado o tratamiento. Yo he leído esta autorización y entiendo cual información sera usada o divulgada, quien puede usar y revelar la información y los destinatarios de la tal.

Yo entiendo que cualquiera de la información requerida arriba puede incluir resultados de exámenes de enfermedades transmitidas sexualmente, syndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) si algunos fueron hechos. Además, yo entiendo que cualquiera de la información requerida arriba puede incluir resultados de alcohol y drogas (abuso de sustancias) y/o diagnóstico y tratamiento de desordenes psicológicos.

Yo entiendo que puedo ver y obtener una copia de la información descrita en este formulario si pido por ella, y que puedo obtener una copia de este formulario después de haberlo firmado.

PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE:

- Autorización añadida a el registro médico del paciente el día _____.
- Autorización fue verificada por _____ el día _____.
- El paciente fue proveído con una copia de la autorización firmada.

PARA EL PARTIDO QUE RECIBE ESTA INFORMACION: Esta información es divulgada a usted de registros donde la confidencialidad del individuo es protegida bajo leyes federales y estatales. Si es así, Parte 2 de las regulaciones 42 CFG, prohíbe ninguna divulgación adicional sin el consentimiento escrito del individuo a quien la información pertenece, o de otra manera, como es permitido por tal regulación.

Firma del paciente o Partido Autorizado _____ Fecha _____ RELACIÓN al Paciente _____

Testigo _____ Razón a la cual el Paciente no Firmó _____