

Patient ID: _____

Provider: _____

Site: _____



HEALTH SERVICES
OF NORTH TEXAS
Medical Care for You

Medical Records Fax Number
(940) 220-7995

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: _____

HSNT Headquarters
4401 N. I-35 Suite 312
Denton, TX 76207
940-381-1501
940-566-8059 Fax

Denton Medical Center
4304, 4308 & 4310 Mesa Drive
Denton, TX 76207
940-381-5788
940-591-7830 Fax

WWW.HEALTHNTX.ORG



Denton South Center
3537 South I-35E Suite 210
Denton, TX 76210
940-381-2313
940-381-5249 Fax

Collin County Center
2540 K Avenue
Plano, TX 75047
972-424-1480
972-424-9117 Fax

Patient ID: _____

Provider: _____

Site: _____



HEALTH SERVICES
—OF NORTH TEXAS—
Medical Care for You

Medical Records Fax Number
(940) 220-7995

Autorización para la divulgación de información

Autorizo a Health Services of North Texas a *divulgar / 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 *divulgar / obtener* (circule uno) de:

Nombre / Compañía: _____

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

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Información específica solicitada:

- Notas de enfermeras y evaluación de admisión
- Notas / reportes de progreso del medico
- Informe de H&P y alta del medico
- Electrocardiogramas y resultados dictados
- Resultados de laboratorio
- Resultados dictados de imágenes médicas
- Registros de administración de medicación
- Registros de vacunas
- Otro _____

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

- Atención de seguimiento
- El paciente solicita la divulgación **
- Beneficios de discapacidad *
- Abogado *
- 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: _____

HSNT Headquarters
4401 N. I-35 Suite 312
Denton, TX 76207
940-381-1501
940-566-8059 Fax

Denton Medical Center
4304, 4308 & 4310 Mesa Drive
Denton, TX 76207
940-381-5788
940-591-7830 Fax

WWW.HEALTHNTX.ORG



Denton South Center
3537 South I-35E Suite 210
Denton, TX 76210
940-381-2313
940-381-5249 Fax

Collin County Center
2540 K Avenue
Plano, TX 75047
972-424-1480
972-424-9117 Fax