



Patient ID: \_\_\_\_\_

Provider: \_\_\_\_\_

Site: \_\_\_\_\_

Medical Records Fax Number  
(972) 801-9015

### 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 Form Reviewed: \_\_\_\_\_

Form Complete: YES / NO

Reviewed By: \_\_\_\_\_

Date Sent to RMRC: \_\_\_\_\_



Patient ID: \_\_\_\_\_

Provider: \_\_\_\_\_

Site: \_\_\_\_\_

Medical Records Fax Number  
(972) 801-9015

## 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 dictados de imágenes médicas      | <input type="checkbox"/> Registros de administración de medicación |
| <input type="checkbox"/> Otro _____                                   | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio                 |
|   | <input type="checkbox"/> Registros de vacunas                      |

**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 Form Reviewed: \_\_\_\_\_

Form Complete: YES / NO

Reviewed By: \_\_\_\_\_

Date Sent to RMRC: \_\_\_\_\_