

**Authorization to Release
Medical Records**



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

Last 4 of Social: _____ **Date(s) of Service:** _____

The information you may release subject to this signed release form is as follows:

- | | | |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Complete Records | <input type="checkbox"/> History & Physical | <input type="checkbox"/> Progress Notes |
| <input type="checkbox"/> Care Plan | <input type="checkbox"/> Lab Reports | <input type="checkbox"/> Radiology Reports |
| <input type="checkbox"/> Pathology Reports | <input type="checkbox"/> Treatment Record | <input type="checkbox"/> Operative Reports |
| <input type="checkbox"/> Hospital Reports | <input type="checkbox"/> Medication Record | |
| <input type="checkbox"/> Other: (Specify) | | |

By signing this form, I authorize you to release confidential health information about me, by releasing a copy of my medical records, or a summary or narrative of my protected health information, to the physician/person/facility/entity listed below.

TO: **The Center for Primary Care and Wellness**
2120 E Business Highway 83
Mission TX 78572
Phone: (956)410-1000 FAX: (956)410-1021

FROM:

(Doctor, Hospital, Group, Insurance)

Phone Number

Address (Street, City, State and Zip)

Fax Number

I understand that my records are confidential and cannot be disclosed without my written authorization, except when otherwise permitted by law. Information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to disclosure by the percipient and longer protected. I understand that the specified information to be released may include but is not limited to history, diagnoses, and/or treatment of drug or alcohol abuse, mental illness, or communicable disease, including HIV and AIDS.

I understand that I may revoke this authorization in writing at any time. The authorization will expire six (6) months from the date of my signature, unless I revoke the authorization prior to that time.

Patient/Guardian Signature: _____

Printed Name: _____

Relationship to Patient: _____ **Today's Date:** _____

Autorización para Divulgar Registros médicos



Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Últimos 4 de Social: _____ Fecha(s) de Servicio: _____

La información que puede divulgar sujeta a este formulario de divulgación firmado es la siguiente:

- | | | |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Registro completo | <input type="checkbox"/> Historia y física | <input type="checkbox"/> Notas de Progreso |
| <input type="checkbox"/> Plan de atención | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Informes de Radiología |
| <input type="checkbox"/> Informes de patología | <input type="checkbox"/> Registro de tratamiento | <input type="checkbox"/> Informes Operativos |
| <input type="checkbox"/> Informes hospitalarios | <input type="checkbox"/> Registro de medicación | |
| <input type="checkbox"/> Otra: | | |

Al firmar este formulario, lo autorizo a divulgar información médica confidencial sobre mí, al entregar una copia de mis registros médicos, o un resumen o narrativa de mi información médica protegida, al médico / persona / instalación / entidad que se detalla a continuación.

PARA: **The Center for Primary Care and Wellness**
2120 E Business Highway 83
Mission TX 78572
Phone: (956)410-1000 FAX: (956)410-1021

DE: _____

(Doctor, Hospital, Grupo, Seguro)

Numero de Telefono

Dirección (Calle, ciudad, estado y código postal)

Numero de Fax

Entiendo que mis registros son confidenciales y no pueden divulgarse sin mi autorización por escrito, excepto cuando la ley lo permita. La información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a divulgación por parte del destinatario y estar protegida por más tiempo. Entiendo que la información especificada que se divulgará puede incluir, entre otros, antecedentes, diagnósticos y / o tratamiento de abuso de drogas o alcohol, enfermedades mentales o enfermedades transmisibles, incluidos el VIH y el SIDA.

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. La autorización vencerá seis (6) meses a partir de la fecha de mi firma, a menos que revoque la autorización antes de ese momento.

Firma de Paciente/Guardian: _____

Nombre: _____

Relación a el paciente: _____ Fecha de Hoy: _____