



AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL INFORMATION

I authorize the Austin/Travis Public Health Department 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 \_\_\_\_ ATCHHSD, Immunization Program \_\_\_\_\_

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 Other Immunization Record

- HIV/STD Medical Information
Psychiatric
Substance Abuse Records
Initials

This information is necessary for the following purposes:

- Follow-up Care 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



Austin/Travis County Health & Human Services Department

AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR INFORMACIÓN MÉDICA

Yo autorizo a Austin/Travis County Departamento de los Servicios de Cuidado a liberar/obtener (marque una) unformación 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 infomación va a ser liberada para/obtenida de (marque una):

Nombre \_\_\_\_\_
Dirección \_\_\_\_\_
Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_
Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección de regreso:

Nombre \_\_\_\_ ATCHHSD, Immunization Program \_\_\_\_
Dirección \_15 Waller St. \_\_\_\_\_
Ciudad/Estado \_Austin, TX \_\_\_\_\_ Codigo 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 Tuberculoses 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 infomación 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 dovilgacoón?: 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 decalración

Yo, el abajo firmante, entiendo que puedo revocar este 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 informacion 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 desordences 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 OFFICINA SOLAMENTE:

- Autorización añadida a el registro medico 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