



AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION

Patient Full Name: _____

Patient DOB (MM/DD/YYYY): _____ Phone Number: _____

I hereby authorize:

To provide to / receive from: (circle one)

El Centro de Corazon

7037 Capitol St. Houston, TX 77011

Phone: (713)660-1880 Fax: (713)926-9105

Reason for Disclosure (Check all that apply)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Continuing of Care | <input type="checkbox"/> Financial Insurance Verification |
| <input type="checkbox"/> Update Evaluations/Assessments | <input type="checkbox"/> Assess/Monitor Treatment Needs |
| <input type="checkbox"/> Monitor Medical Status | <input type="checkbox"/> Legal Proceedings |
| <input type="checkbox"/> Transfers of Medical Care | <input type="checkbox"/> Other (Specify): _____ |
| <input type="checkbox"/> Primary Care Provider (PCP) Coordination | |

What information can be disclosed? : (Check all that apply)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medical Office Visits | <input type="checkbox"/> Immunization Records | <input type="checkbox"/> Lab Results |
| <input type="checkbox"/> Medical /Progress Notes | <input type="checkbox"/> Billing Records | <input type="checkbox"/> Other (Specify): _____ |

I understand and agree that this information may include information related to diagnosis and/or treatment of mental illness, drug and/or alcohol abuse, HIV testing or status, sexually transmitted diseases, Hepatitis B or C testing, and/or other sensitive health matters.

I may revoke this authorization at any time by submitting a revocation in writing to El Centro de Corazon. If I revoke this authorization, the revocation will not apply to information that has already been released in good faith before the revocation was received. This authorization is valid for 90 days unless otherwise stated here: _____.

I understand that the information disclosed by this authorization may be re-disclosure by the recipient and no longer protected by the federal privacy laws.

I understand that I may be charged for the copies of health records I have requested.

Patient's Signature: _____

Date: _____

Printed name of Legal/Authorized Representative (if applicable): _____ Date: _____

Relationship: _____

Witness' Signature: _____

Date: _____



AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD

Nombre Completo del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Teléfono: _____

Yo por la presente autorizo: _____ **Que proporcione a / reciba de: (seleccione una)** _____

El Centro de Corazon _____

7037 Capitol St. Houston, TX 77011 _____

Phone: (713)660-1880 Fax: (713)926-9105 _____

Entiendo que se haría esta divulgación con el/los siguientes (s) objetivo (s): (seleccione todas las que aplican)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Continuidad de Cuidado Medico | <input type="checkbox"/> Verificación de Seguro de Salud |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones de Actualidad | <input type="checkbox"/> Evaluar/Vigilar Necesidades del Tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Vigilar mi Estado Médico | <input type="checkbox"/> Procedimientos Legales |
| <input type="checkbox"/> Transferencia de Cuidado Medico | <input type="checkbox"/> Otro (Especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Cuidado Primario (PCP) Coordinación | |

Y la divulgación se limitara a los siguientes tipos específicos de información:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Consultas Medicas | <input type="checkbox"/> Record de Vacunas | <input type="checkbox"/> Otro (Especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Notas de Progreso Medico | <input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio | |

Entiendo y estoy de acuerdo que esta información puede incluir diagnostico/tratamiento de enfermedades mentales, el abuso de drogas y alcohol, resultado o condición de VIH (virus de la inmunodeficiencia humana), enfermedades de transmisión sexual, resultados de Hepatitis B o C, y otra información protegida de salud.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante la presentación de una revocación por escrito a El Centro de Corazón. Si revoco esta autorización no se aplicara a la informacion que ya se haya divulgado de buena fe antes de que se recibiera la revocación. Esta autorización es válida por 90 días a menos que se indique lo contrario aquí: _____.

Entiendo que la información divulgada por esta autorización puede ser revelada nuevamente por el destinatario y ya no está protegida por las leyes federales de privacidad.

Yo entiendo que puedan resultar cargos asociados a la solicitud de records médicos.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre completo del Representante Legal (si aplica): _____ Fecha: _____

Relación: _____

Firma Del Testigo: _____ Fecha: _____