

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS / INFORMATION**

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Approximated Date of Service (s): \_\_\_\_\_ Type of Service (s): \_\_\_\_\_

1.) I hereby authorize **Harlingen Medical Center** to release medical records, including AIDS / HIV test results, diagnosis, treatment and related information:

**Release Information to: Doctor / Organization Name**

**Request Information from: Doctor / Organization Name**

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City/State/Zip: \_\_\_\_\_

City/State/Zip: \_\_\_\_\_

Contact Person: \_\_\_\_\_

Contact Person: \_\_\_\_\_

Phone #: \_\_\_\_\_

Phone #: \_\_\_\_\_

Fax #: \_\_\_\_\_

Fax #: \_\_\_\_\_

Call when ready

Call when ready

2.) Medical Information to be released and / or photocopied include: (Check appropriate box(es) below:)

Entire Record                       Laboratory and Radiology Results                       Diagnostic Results

History and Physical                       Operative Report                       All Dictations                       Cath Films / X-Ray

Discharge Summary                       Consultations                       Autopsy Report                       Itemized Bill

Other (Please Specify): \_\_\_\_\_

3.) The above information is released for the following purpose and that purpose only. Any other use is prohibited without the specific written consent of the patient or authorized legal representative. (Check appropriate box(es) below:)

Continuity of Medical Care                       Home Health Care                       Hospice Care                       Physician Office                       Attorney

Insurance Company                      Other (Please Specify): \_\_\_\_\_

4.) If my records are protected under the Federal Regulations governing Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records, 42 CFR Part 2, the records cannot be disclosed without my written consent unless otherwise provided for in the regulations. A general authorization for the release of medical or other information is not sufficient for this purpose. Federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol and drug abuse patient.

5.) With respect to any mental health information which may be contained in the medical records, I hereby waive my/his/ her right to privileges of confidentiality.

6.) I understand that I have a right to revoke this authorization at any time. I understand if I revoke this authorization, I must do so in writing and present my written revocation to the Medical Records Department. Unless otherwise revoked, if I fail to specify an expiration date, this signed authorization will expire automatically 90 days from the date on which it was signed.

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ AM / PM

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF PATIENT OR LEGAL REPRESENTATIVE                      PRINT NAME                      DATE                      TIME

\_\_\_\_\_  
IF SIGNED BY LEGAL REPRESENTATIVE, Relationship to Patient                      PRINT NAME                      DATE                      TIME

\_\_\_\_\_  
WITNESS (HMC EMPLOYEE IS ACCEPTABLE)                      DEPARTMENT                      CITY                      STATE                      ZIP CODE

Received by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Copy ID Attached

**FOR INTERNAL USE ONLY:**

Request processed by: \_\_\_\_\_  Mailed  Fax #: \_\_\_\_\_

Medical Records Staff Initials: \_\_\_\_\_

●Original -- Medical Records                      ●Copy -- Patient



\*1ROI\*

HMC-HIS-001 (10/11) - English  
Harlingen Medical Center  
5501 S. Exp. 77 – Harlingen, TX 78550

PATIENT LABEL

# AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha aproximada de lo(s) Servicio(s): \_\_\_\_\_ Tipo de Servicio (s): \_\_\_\_\_

- 1.) Por la presente yo autorizo a **Harlingen Medical Center** para divulgar el expediente médico, incluyendo las pruebas de SIDA / VIH, resultados de diagnóstico, tratamientos y información de:

**Dar la Información a Doctor/ Nombre de Organización:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Zona Postal: \_\_\_\_\_

Persona de Contacto: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_

Facsímile #: \_\_\_\_\_

Llame cuando está listo

**Pedir la Información a Doctor/ Nombre de Organización:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Zona Postal: \_\_\_\_\_

Persona de Contacto: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_

Facsímile #: \_\_\_\_\_

Llame cuando está listo

- 2.) La Información Médica que se divulgará y/o fotocopiada incluye: (Abajo marcar el/los casillero(s) correspondientes):

Complete registro médico  Resultados de Laboratorio y Radiografía  Resultados de Diagnóstico

Historial Médico y Exámenes Físico  Informe de las Operaciones  Todos los Dictados  Cath Imágenes/Rayos- X

Resumen de Alta  Informes de Consultas  Informe de la Autopsia  Informe de la fractura

Otros(Por favor, especifique): \_\_\_\_\_

- 3.) La información antedicha es proporcionada para los siguientes propósitos y solamente para ese propósito. Para cualquier otro uso es prohibido sin el consentimiento específico escrito del paciente o del autorizado representante legal. (Abajo marcar el/los casillero(s) correspondientes):

Continuidad de la Asistencia Médica  Cuidado Médico Casero  Residencia para enfermos graves

Oficina del Médico  Abogado  Compañía de Seguros

Otros(Por favor, especifique): \_\_\_\_\_

- 4.) Si mis expedientes o archivos son protegidos conforme a los Regulaciones Federales que gobiernan la Confidencialidad de Archivos de Paciente de Consumo de Drogas y Alcohol, Parte 2, 42 CFR, que los expedientes médicos no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito a menos que de otra imprevista manera en las regulaciones. Una autorización en general para la divulgación de la información médica u otra información no es suficiente para este propósito. Las reglas Federales restringen cualquier uso de la información para la investigación criminal o procesar a cualquier paciente bajo el consumo de drogas y alcohol.

- 5.) En lo que concierne a cualquier información de la salud mental que puede estar contenida en los expedientes médicos, por la presente Yo/él/ella renuncio(a) por este medio a los privilegios de confidencialidad.

- 6.) Entiendo que tengo el derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si cancelo esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi solicitud de cancelación escrita al Departamento de Registros Médicos. A menos que haya sido cancelada, si no especifico una fecha de vencimiento, esta autorización se vencerá automáticamente a los 90 días a partir de la fecha en que se firmó.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL      NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA      FECHA      HORA

\_\_\_\_\_  
FIRMA REPRESENTANTE LEGAL, Relación con el Paciente      NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA      FECHA      HORA

\_\_\_\_\_  
TESTIGO (HMC SE ACEPTA FIRMA DE EMPLEADO)      DEPARTAMENTO      CIUDAD      ESTADO      ZONA POSTAL

Recibido por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Adjunto copia de Identificación

**SÓLO PARA USO INTERNO:**

Peticion procesada por: \_\_\_\_\_  Por Correo  Facsímile #: \_\_\_\_\_

Iniciales del Empleado(a) de Expedientes Médicos: \_\_\_\_\_

●Original – Registros Médicos

●Copia -- Paciente



\*1ROI\*

HMC-HIS-001 (10/11) - Spanish

Harlingen Medical Center  
5501 S. Exp. 77 – Harlingen, TX 78550

PATIENT LABEL