

AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION

I hereby authorize use or disclosure of the named individual's health information as described below.

Patient Name	Date of Birth	Social Security Number
Address (Street, City, State, Zip Code)		Telephone Number
The following individual or organization is authorized to make the disclosure: <b style="text-align: center; font-size: 1.2em;">SOUTH TEXAS HEALTH SYSTEM		
This information may be disclosed to and used by the following individual or organization: Name: _____ Address: _____ Phone: _____ Fax #: _____		
Treatment dates:	Purpose of Request:	
The following information is to be disclosed: (please check)		
<input type="checkbox"/> ... Complete Record <input type="checkbox"/> ... Discharge Summary <input type="checkbox"/> ... History & Physical Examination <input type="checkbox"/> ... Consultations (including psychiatric evaluations) <input type="checkbox"/> ... Operative Report or Procedure Reports <input type="checkbox"/> ... Emergency Department Record <input type="checkbox"/> ... Laboratory Reports (including drug screens) <input type="checkbox"/> ... Radiology or Imaging Reports/Films/CDs <input type="checkbox"/> ... Cardiac Studies	<input type="checkbox"/> ... Interdisciplinary Records (Progress Notes) <input type="checkbox"/> ... Medication Records <input type="checkbox"/> ... Nursing Notes <input type="checkbox"/> ... Physician Orders <input type="checkbox"/> ... Pathology Reports <input type="checkbox"/> ... Face Sheet <input type="checkbox"/> ... Itemized Billing Records <input type="checkbox"/> ... Other _____	
Sensitive Information: I understand that the information in my record may include information relating to sexually transmitted diseases, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), or infection with the Human Immunodeficiency Virus (HIV). It may also include information about mental health services or treatment for alcohol and drug abuse.		
Right to Revoke: I understand that I have the right to revoke this authorization at any time. I understand if I revoke this authorization I must do by submitting a written request to South Texas Health System. I understand that the revocation will not apply to information that has already been released based on this authorization.		
Expiration: Unless otherwise revoked, this authorization will expire on the following date, event, or condition: _____		
Unless a shorter time frame is specified, this authorization will expire in 180 days, in accordance with Texas law.		
Redisclosure: I understand that any disclosure of information carries with it the potential for redisclosure and the information may not be protected by federal confidentiality rules. You are prohibited from making further disclosure of it without the specific written consent of the person to whom it pertains.		
Other Rights: I understand that authorizing the disclosure of this health information is voluntary. I can refuse to sign this authorization. I do not need to sign this form to assure treatment. However, if this authorization is needed for participation in a research study, my enrollment in the research study may be denied. I understand that I may inspect or obtain a copy of the information to be used or disclosed, as provided in CFR 164.524. If I have any questions about disclosure of my health information, I can contact South Texas Health System 956-632-4061 .		
Signature of Patient or Legal Representative	Date	
If Signed by Legal Representative, Relationship to Patient		



AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE
PROTECTED HEALTH INFORMATION

10-44910 (6/12) Standard Register



RI0100

Patient Identification

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE SU SALUD

Por medio de este documento, autorizo el uso o divulgación de la información de salud de la persona antes mencionada como se describe a continuación:

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de seguro social
Dirección (Ciudad, Estado, Código postal)		Número telefónico
La siguiente persona u organización está autorizada para realizar la divulgación: SOUTH TEXAS HEALTH SYSTEM		
Esta información puede darse a conocer a la siguiente persona u organización y a su vez pueden hacer uso de la misma: Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Fax #: _____		
Fechas de tratamiento:	Propósito de la solicitud:	
La siguiente información se dará a conocer: (Por favor, marque)		
<input type="checkbox"/> ..Registro completo <input type="checkbox"/> ..Resumen del alta <input type="checkbox"/> ..Historial y examen físico <input type="checkbox"/> ..Consultas (incluyendo las evaluaciones psiquiátricas) <input type="checkbox"/> ..Informe de operaciones o procedimientos <input type="checkbox"/> ..Registro del departamento de emergencias <input type="checkbox"/> ..Informe de laboratorio (incluyendo los exámenes de detección de drogas) <input type="checkbox"/> ..Informe de radiología o imagenología en video/discos compactos <input type="checkbox"/> ..Estudios cardacos		
<input type="checkbox"/> ..Registros interdisciplinarios (Notas del progreso) <input type="checkbox"/> ..Registros de medicamentos <input type="checkbox"/> ..Notas de la enfermera/o <input type="checkbox"/> ..Órdenes del médico <input type="checkbox"/> ..Informes de patología <input type="checkbox"/> ..Carátula <input type="checkbox"/> ..Registros de facturación detallados <input type="checkbox"/> ..Otro _____		
Información delicada: Comprendo que la información en mi registro médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o tratamiento para el abuso del alcohol y drogas.		
Derecho a revocar: Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Comprendo que si revoco esta autorización, deberé hacerlo mediante una solicitud por escrito al South Texas Health System. Comprendo que la revocación no se aplicará a información que se haya divulgado conforme a esta autorización.		
Vencimiento: A menos que se revoque de otra manera, esta autorización expirará en la siguiente fecha, si ocurre el siguiente evento o se cumple la siguiente condición: _____		
A menos de que se establezca un plazo más breve, esta autorización expirará en 180 días, de acuerdo con las leyes de Texas.		
Nueva divulgación: Comprendo que cualquier divulgación de información conlleva el potencial de una nueva divulgación y las reglas federales de confidencialidad pueden no proteger a la información. Queda prohibido volver a divulgar información sin contar con el consentimiento específico por escrito de la persona a quien concierne.		
Otros derechos: Comprendo que la autorización de la divulgación de esta información de salud es voluntaria. Puedo rehusarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para asegurar la obtención del tratamiento. Sin embargo, si esta autorización es necesaria para la participación en un estudio de investigación, se me puede negar la inscripción en dicho estudio. Comprendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información a utilizarse o divulgarse como lo estipula la norma CFR 164.524. Si tengo alguna pregunta acerca de la divulgación de la información sobre mi salud, puedo comunicarme con South Texas Health System al 956-632-4061 .		
Firma del Paciente o Representante Legal	Fecha	
Si firmó el representante legal, especifique el parentesco con el paciente		



AUTORIZACIÓN PARA EL USO O
DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN
PROTEGIDA SOBRE SU SALUD
10-44910 (6/12) Standard Register



RI0100

Patient Identification