



El Centro de Corazón
Quality Health Care

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)

- Continuing of Care
- Update Evaluations/Assessments
- Monitor Medical Status
- Transfers of Medical Care
- Primary Care Provider (PCP) Coordination
- Financial Insurance Verification
- Assess/Monitor Treatment Needs
- Legal Proceedings
- Other (Specify): _____

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

- Medical Office Visits
- Immunization Records
- Lab Results
- Medical /Progress Notes
- Billing Records
- 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: _____



El Centro de Corazón
Quality Health Care

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)

- Continuidad de Cuidado Medico
- Evaluaciones de Actualidad
- Vigilar mi Estado Médico
- Transferencia de Cuidado Medico
- Cuidado Primario (PCP) Coordinación
- Verificación de Seguro de Salud
- Evaluar/Vigilar Necesidades del Tratamiento
- Procedimientos Legales
- Otro (Especifique): _____

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

- Consultas Medicas
- Record de Vacunas
- Otro (Especifique): _____
- Notas de Progreso Medico
- 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: _____