

**1. I hereby authorize Driscoll to release information from the health care record(s) of:**

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

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

Social Security Number: \_\_\_\_\_ Guardian: \_\_\_\_\_

Mother: \_\_\_\_\_ Father: \_\_\_\_\_

**2. Information to be released is for the date(s) of service from** (date): \_\_\_\_\_ **to** (date): \_\_\_\_\_**3. Treating Physician while at Driscoll:** \_\_\_\_\_**4. Information is to be released to** (name): \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Phone Number (including area code): \_\_\_\_\_ Fax Number: \_\_\_\_\_

**5. Purpose of release** (please initial):

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Attorney   | <input type="checkbox"/> Child Protective Services/Law Enforcement | <input type="checkbox"/> Physician Office/Clinic             |
| <input type="checkbox"/> Children's Advocacy Center (or related services) | <input type="checkbox"/> Personal Use (fee for copies)             | <input type="checkbox"/> School/Childcare/Behavioral Program |
| <input type="checkbox"/> Other (please specify): _____                    |  |  |

**6. Type of information to be released:**

- Complete Health Record - *DO NOT CHECK EVERY BOX IF COMPLETE HEALTH RECORD IS NEEDED*
- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abstract of Health Record     | <input type="checkbox"/> Face Sheet                            | <input type="checkbox"/> Outpatient Clinic Note            |
| <input type="checkbox"/> Billing Records               | <input type="checkbox"/> History and Physical Exam             | <input type="checkbox"/> Progress Notes                    |
| <input type="checkbox"/> Consultation Report           | <input type="checkbox"/> Laboratory Test Results               | <input type="checkbox"/> Psychiatric Notes (See Form 1282) |
| <input type="checkbox"/> Discharge Summary             | <input type="checkbox"/> Medical Forensics Exam Record         | <input type="checkbox"/> Radiology Films                   |
| <input type="checkbox"/> Emergency Department Record   | <input type="checkbox"/> Operative Report and Pathology Report | <input type="checkbox"/> Radiology Reports                 |
| <input type="checkbox"/> Other (please specify): _____ |  |  |

**7. Time limit and right to revoke authorization:**

Except to the extent that action that has already been taken in reliance on this authorization, at any time I can revoke this authorization by submitting a notice in writing to the Record Custodian at Driscoll Health System. Unless revoked, this authorization will expire on the following date or event (fill in date or event): \_\_\_\_\_ or 180 days from the date of signature.

**8. I further authorize that a photocopy of this authorization form will be fully acceptable as an original.****9. The facility, its employees, officers, and attending physicians are released from legal responsibility or liability for the release of the above information to the extent indicated and authorized herein.****10. Drug and/or alcohol abuse, and/or psychiatric, and/or HIV/Aids, and/or genetic information records release:**

I understand the information could contain references to, or results of psychological and/or psychiatric impairment, substance abuse, sexual assault, physical abuse, AIDS/ARC antibody testing (Acquired Immune Deficiency Syndrome/AIDS Related Complex, HIV Antibody Testing) or Genetic information/testing.

**11. Pre-payment of copies is required except in the case of a medical emergency or continuity of care.****12. I understand that Driscoll Health System may not condition treatment, payment, enrollment or eligibility of benefits based on my completion of this authorization form.**

RE-DISCLOSURE: This information is being disclosed to you from confidential records and confidentiality is protected by Federal Law 42 C.F.R., Part 2. You are prohibited from making any further disclosure of information without the specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by law. *A general authorization for the release of information of medical or other information is not sufficient for this purpose.*

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient, Guardian, or Authorized Representative\_\_\_\_\_  
Date\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient\_\_\_\_\_  
Phone Number\_\_\_\_\_  
Witness

**1. Por medio de la presente autorizo a Driscoll a divulgar información de los registros médicos de:**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Guardián: \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_ Padre: \_\_\_\_\_

**2. La información que se publicará corresponde a la(s) fecha(s) de servicio desde** (fecha): \_\_\_\_\_ **hasta** (fecha): \_\_\_\_\_**3. Médico tratante en Driscoll:** \_\_\_\_\_**4. La información se debe divulgar a** (nombre): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono(incluyendo el código de área): \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**5. Propósito de la liberación** (por favor, ponga sus iniciales): Abogado  Servicios de protección infantil/  Consultorio médico/clínica Centro de Defensa de los Niños  Cumplimiento de la ley  Escuela/Guardería/(o servicios relacionados)  Uso personal (pago por copias)  Programa de conducta Otros (Especifique): \_\_\_\_\_**6. Tipo de información que se divulgará:**

- Historial médico completo - *NO MARQUE TODAS LAS CASILLAS SI SE NECESITA UN HISTORIAL MÉDICO COMPLETO*
- Resumen del historial de salud  Hoja de presentación  Nota de la clínica ambulatoria
- Registros de facturación  Historial y examen físico  Notas de progreso
- Informe de consulta  Resultados de pruebas de laboratorio  Notas psiquiátricas (consulte el formulario 1282)
- Resumen del alta  Expediente de examen médico forense  Películas radiológicas
- Expediente del Departamento de Emergencias  Informe operatorio e informe de patología  Informes radiológicos
- Otros (especifique): \_\_\_\_\_

**7. Plazo y derecho a revocar la autorización:**

Excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización, puedo revocarla en cualquier momento enviando un aviso por escrito al custodio de registros del Driscoll Health System. A menos que se revoque, esta autorización vencerá en la siguiente fecha o evento (indique la fecha o el evento): \_\_\_\_\_ o 180 días a partir de la fecha de la firma.

**8. Además autorizo que una fotocopia de este formulario de autorización sea totalmente aceptable como original.****9. El centro, sus empleados, funcionarios y médicos tratantes quedan exentos de toda responsabilidad legal por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento.****10. Divulgación de registros sobre abuso de drogas y/o alcohol, y/o psiquiátricos, y/o de VIH/SIDA, y/o información genética:**

Entiendo que la información podría contener referencias o resultados de deterioro psicológico y/o psiquiátrico, abuso de sustancias, agresión sexual, abuso físico, pruebas de anticuerpos SIDA/ARC (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida/Complejo Relacionado con el SIDA, Pruebas de Anticuerpos VIH) o información/pruebas genéticas.

**11. Se requiere el pago por adelantado de las copias, excepto en el caso de una emergencia médica o continuidad de atención.****12. Entiendo que Driscoll Health System no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad de los beneficios en función de que se complete este formulario de autorización.**

RE-DIVULGACIÓN: Esta información se le está divulgando a partir de registros confidenciales y la confidencialidad está protegida por la Ley Federal 42 C.F.R. Parte 2. Se le prohíbe realizar cualquier otra divulgación de información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permita la ley. *Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este propósito.*

Firma del paciente, tutor o representante autorizado

Fecha

Relación con el paciente

Teléfono

Testigo