

1. I hereby authorize Driscoll Health System to release information from the health care record (s) of:
 Patient name: _____ DOB: _____ Sex: _____
 Address: _____
 Social Sec.#: _____ 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 # (including area code): _____ Fax#: _____

5. Purpose of release (please initial):
 Attorney Physician office/Clinic Personal use (fee for copies)
 Child Protective Services/Law Enforcement Children's Advocacy Center and/or related services
 School/Child Care/Behavioral Programs Other (please explain): _____

6. Type of information to be released: DO NOT CHECK EVERY BOX IF COMPLETE RECORD NEEDED. SEE FIRST BOX.

<input type="checkbox"/> Complete health record	<input type="checkbox"/> Operative report and pathology report	<input type="checkbox"/> Discharge Summary
<input type="checkbox"/> History and physical exam	<input type="checkbox"/> Consultation report	<input type="checkbox"/> Progress Notes
<input type="checkbox"/> Laboratory test results	<input type="checkbox"/> Radiology reports	Psychiatric notes* See Form 1282
<input type="checkbox"/> Medical Forensics Exam Record	<input type="checkbox"/> Emergency department record	<input type="checkbox"/> Outpatient clinic note
<input type="checkbox"/> Abstract of health record	<input type="checkbox"/> Face sheet	<input type="checkbox"/> Radiology films
<input type="checkbox"/> Other, please specify: _____		<input type="checkbox"/> Billing records

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 # Witness

Driscoll Health System
 3533 S. Alameda Street
 Corpus Christi, Texas 78411
 (361) 694-5468

1. Autorizo a _____ Driscoll Health System _____ divulgar información de los expedientes de atención médica de:
 Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____
 Dirección: _____
 Número de Seguro Social: _____ Guardián _____
 Madre: _____ Padre: _____

2. La información que debe divulgarse corresponde a la(s) fecha(s) de servicio del (fecha): _____ al (fecha): _____
 3. Médico tratante mientras está en Driscoll: _____
 4. La información debe ser entregada a: Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Teléfono # (incluyendo código de área): _____ Fax#: _____

5. Propósito de la liberación (por favor poner iniciales):
 _____ Abogado _____ Consultorio médico/Clínica _____ Uso personal (tarifa por copias)
 _____ Servicios de Protección Infantil/Centro de Defensa de Niños para la Aplicación de la Ley y/o servicios relacionados
 _____ Programas Escolares/Cuidado Infantil/Comportamiento _____ Otro (favor explicar): _____

6. Tipo de información a publicar: **NO MARQUE TODOS LOS CASILLEROS SI SE NECESITA UN REGISTRO COMPLETO. VEA EL PRIMER CUADRO.**

<input type="checkbox"/> Historial clínico completo	<input type="checkbox"/> Informe operativo e informe patológico	<input type="checkbox"/> Resumen de la aprobación de gestión
<input type="checkbox"/> Antecedentes y examen físico	<input type="checkbox"/> Informe de consulta	<input type="checkbox"/> Notas de progreso
<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de laboratorio	<input type="checkbox"/> Informes radiológicos	Notas psiquiátricas* Ver Formulario 1282
<input type="checkbox"/> Registro de examen médico forense	<input type="checkbox"/> Registro del departamento de emergencias	<input type="checkbox"/> Nota clínica ambulatoria
<input type="checkbox"/> Resumen de historial clínico	<input type="checkbox"/> Cubierta/Portada	<input type="checkbox"/> Imágenes de radiología
<input type="checkbox"/> Otros, favor especificar: _____		<input type="checkbox"/> Expedientes de facturación

7. **LÍMITE DE TIEMPO Y DERECHO A REVOCAR LA AUTORIZACIÓN:** Excepto en la medida en que la acción que ya se haya tomado en base a esta autorización, en cualquier momento puedo revocar esta autorización enviando un aviso por escrito al Custodio de Expedientes del Sistema de Salud Driscoll. A menos que se revoque, esta autorización expirará en la siguiente fecha o evento (*complete la fecha o evento*) _____ o a los 180 días de la fecha de la firma.

8. Autorizo además que una fotocopia de este formulario de autorización sea totalmente aceptable como original.

9. La instalación, sus empleados, funcionarios y médicos tratantes están liberados de responsabilidad legal u obligación por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento.

10. * **ABUSO DE DROGAS Y/O ALCOHOL, Y/O EXPEDIENTES DE INFORMACIÓN PSIQUIÁTRICA, Y/O VIH/SIDA, Y/O DIVULGACIÓN DE GENÉTICA:** Tengo entendido que la información podría contener referencias a, o resultados de deterioro psicológico y/o psiquiátrico, abuso de sustancias, agresión sexual, abuso físico, pruebas de anticuerpos contra el SIDA/ARC (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida/Complejo Relacionado con el SIDA, Prueba de anticuerpos contra el VIH) o información/prueba genética.

11. Se requiere pago anticipado de copias, excepto en el caso de una emergencia médica o continuidad de la atención.

12. Tengo entendido que el Sistema de Salud Driscoll no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción o la elegibilidad de los beneficios en función de que yo complete este formulario de autorización.

RE-DIVULGACIÓN: Esta información se le está revelando a partir de expedientes confidenciales y la confidencialidad está protegida por la Ley Federal 42 C.F.R., Parte 2. Se le prohíbe hacer cualquier divulgación adicional 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, Guardián o Representante Autorizado

Fecha

Parentesco con el paciente

Teléfono #

Testigo

Sistema de Salud Driscoll
 3533 S. Alameda Street
 Corpus Christi, Texas 78411
 (361) 694-5468