

AUTHORIZATION TO DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION
UMC Physician Network Services (PNS)

IDENTITY OF PATIENT

Patient Name: _____
Other Names Used _____
Address: _____ City _____ State _____ Zip _____
Account #: _____ Date of Birth: _____
Phone () _____ Alt. Phone () _____

WHO MAY MAKE THE DISCLOSURE

I request and authorize the following entity and its employees and agents to release information relating to the diagnosis, care, and treatment of the above-named patient:

UMC Physician Network Services

TO WHOM THE DISCLOSURE MAY BE MADE

I request that the disclosure be made to:

UMC Physician Network Services, _____
Address: _____
 Name: _____
Address: _____

WHAT INFORMATION TO DISCLOSE

The type and amount of information to be used or disclosed is as follows (check off the appropriate item(s), and include other information, where indicated):

DATE RANGE OF RECORDS: From: _____ **To:** _____

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> All health information | <input type="checkbox"/> History/Physical Exam |
| <input type="checkbox"/> Past/Present Medications | <input type="checkbox"/> Lab Results |
| <input type="checkbox"/> Patient Allergies | <input type="checkbox"/> Operation Reports |
| <input type="checkbox"/> Physician's Orders | <input type="checkbox"/> Consultation Reports |
| <input type="checkbox"/> Pathology Reports | <input type="checkbox"/> Progress Notes |
| <input type="checkbox"/> Discharge Summary | <input type="checkbox"/> Diagnostic Test Reports |
| <input type="checkbox"/> EKG/Cardiology Reports | <input type="checkbox"/> Billing Information |
| <input type="checkbox"/> Radiology Reports & Images | <input type="checkbox"/> Other _____ |

Your initials are required to release the following information:

____ Mental Health Records (excluding psychotherapy notes)
____ Genetic Information (including Genetic Test Results)
____ Drug, Alcohol, or Substance Abuse Records
____ HIV/AIDS Test Results/Treatment

PURPOSE OF DISCLOSURE

This information is being released for the following purpose(s):

- Continued care by other health care provider Insurance Employment
 Attorney School
 Personal Review Billing Claims
 Disability Determination Other (specify) _____

TERMS OF DISCLOSURE

EFFECTIVE TIME PERIOD. This authorization is valid until the earlier of the occurrence of the death of the individual; the individual reaching the age of majority; or permission is withdrawn; or the following specific date (optional): Month _____ Day _____ Year _____

RIGHT TO REVOKE: I understand that I can withdraw my permission at any time by giving written notice stating my intent to revoke this authorization to the person or organization named under “WHO CAN RECEIVE AND USE THE HEALTH INFORMATION.” I understand that prior actions taken in reliance on this authorization by entities that had permission to access my health information will not be affected.

SIGNATURE AUTHORIZATION: I have read this form and agree to the uses and disclosures of the information as described. I understand that refusing to sign this form does not stop disclosure of health information that has occurred prior to revocation or that is otherwise permitted by law without my specific authorization or permission, including disclosures to other covered entities as provided by Texas Health & Safety Code § 181.154(c) and/or 45 C.F.R. § 164.506(a)(1). I understand that information disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected by federal or state privacy laws.

Signature of Patient or Patient’s Representative Date

Printed Name of Legally Authorized Representative (if applicable):

If representative, specify relationship to the individual: Parent of minor Guardian
 Other _____

A minor individual’s signature is required for the release of certain types of information, including for example, the release of information related to certain types of reproductive care, sexually transmitted diseases, and drug, alcohol or substance abuse, and mental health treatment (See, e.g., Tex. Fam. Code § 32.003).

SIGNATURE X _____
Signature of Minor Individual Date

UMC/PNS Office use Only:
Initials of Staff Receiving Request: Date:

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE LA SALUD
UMC Physician Network Services

IDENTIDAD DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____
Dirección: _____
Cuenta #: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Teléfono (____) _____ o teléfono (____) _____

ENTIDAD A LA QUE AUTORIZO

Solicito y autorizo a la entidad siguiente y a sus empleados y agentes divulgar la información referente al diagnóstico, el cuidado, y al tratamiento del paciente susodicho:

UMC Physician Network Services

Dirección: _____

A QUIÉN SE PUEDE DAR LA INFORMACIÓN

Solicito que se le dé acceso a:
 UMC Physician Network Services, _____
Dirección: _____
 Nombre: _____
Dirección: _____

QUE INFORMACION SE PUEDE DIVULGAR

El tipo y la cantidad de información a utilizarse o divulgarse es la siguiente (marque el/los lugar(es) apropiado(s), e incluya cualquier otra información pertinente que se indique):

Gama de registros de actividades: desde: _____ **a:** _____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Toda información de salud | <input type="checkbox"/> Examen de historia/física |
| <input type="checkbox"/> Pasado, presente, medicamentos | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Alergias del pacientes | <input type="checkbox"/> Operación informes |
| <input type="checkbox"/> Órdenes del médico | <input type="checkbox"/> Informes de consulta |
| <input type="checkbox"/> Informes de patología | <input type="checkbox"/> Notas de progreso |
| <input type="checkbox"/> Resumen de la descarga | <input type="checkbox"/> Informes de prueba diagnóstica |
| <input type="checkbox"/> Informes de EKG/Cardiología | <input type="checkbox"/> Información de facturación |
| <input type="checkbox"/> Imágenes e informes de radiología | <input type="checkbox"/> Otra _____ |

Sus iniciales están obligados a divulgar la siguiente información:

____ Registros de salud mental (excluyendo notas de psicoterapia)
____ Información genética (incluidos los resultados de la prueba genética)
____ Drogas, Alcohol, o registros de abuso de sustancias Prueba de VIH/SIDA
____ Resultados/tratamiento

CON QUÉ PROPÓSITO SE DIVULGARÁ LA INFORMACIÓN

Esta información se divulgará con los siguientes propósito(s):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Continuada atención por otro proveedor de atención médica | <input type="checkbox"/> seguro empleo |
| <input type="checkbox"/> Abogado | <input type="checkbox"/> Reclamos de facturación |
| <input type="checkbox"/> De determinación de discapacidad | <input type="checkbox"/> seguro masculino |
| <input type="checkbox"/> otros (especificar) _____ | <input type="checkbox"/> escuela |
| | <input type="checkbox"/> revisión personal] |

CONDICIONES PARA DIVULGAR TAL INFORMACIÓN

Período de tiempo efectivo. Esta autorización es válida hasta el anterior de la ocurrencia de la muerte de la persona, el individuo llegar a la edad de mayoría; o permiso se retira; o la siguiente fecha específica (opcional):
___ mes día ___ año

Derecho a revocar: entiendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento mediante notificación indicando mi intención de revocar esta authorization a la persona u organización escrita denominada en "quién puede recibir y usar la salud información." Entiendo que no se verán afectadas previas medidas adoptadas al amparo de esta autorización por entidades que tenían permiso para acceder a mi información de salud.

Firma autorización: he leído este formulario y de acuerdo a los usos y divulgaciones de la información como se describe. Yo entiendo que negarse a firmar este formulario no para divulgación de información médica que se ha producido antes de la revocación o otherwise que es permitido por la ley sin mi autorización o permiso, como revelaciones a otras entidades cubiertas provided por Texas Health & Safety Code § 181.154(c) y/o 45 C.F.R. § 164.506(a)(1). Yo entiendo que la información revelada en virtud de esta autorización puede ser sujeta a re-divulgación por parte del receptor y ya no puede estar protegido por las leyes de privacidad federales o estatales.

Firma del Paciente o de su Representante

Fecha

Nombre del Representante del Paciente (si lo hay)

Su Relación con el paciente

Si representante, especificar la relación al individuo: Padre de menor Guardian
 Other _____

Firma de una persona menor de edad se requiere para la liberación de ciertos tipos de información, como por ejemplo, la liberación de información relacionada con ciertos tipos de atención reproductiva, enfermedades de transmisión sexual y drogas, alcohol o abuso de sustancias y tratamiento de salud mental (véase, por ejemplo, Tex. Fam. Código § 32.003).

SIGNATURE X

Firma del menor individual

Fecha

UMC/PNS Oficina sólo usan:

Iniciales del personal de recepción de solicitud:

Fecha: