FAMILY Circle of Care HEALTH CENTERS

Authorization to Release Protected Health Information

Autorización Para Divulgar Información Protegida Sobre la Salud

Patient Name: ***Nombre del paciente***	**DOB** ***Feche de nacimiento***	**Social Security #:** ***# de Seguro Social***
☐ 928 N Glenwood, Tyler 75702	☐ 2990 N. Broadway, Tyler 75702	☐ 214 E. Houston St., Tyler 75702
☐ 2231 W. Gentry, Tyler 75702	☐ 1001 N. Palestine St, Athens 75751	☐ 510 E. Commerce St, Jacksonville 75766
☐ 13172 Hwy 64 E Ste 8, Chapel Hill 75707	☐ 523 S. Fannin Ave, Tyler 75702	Phone: 903-535-9041 · **Fax: 903-747-8066**
Release of Information ***Divulgación de datos*** ☐ To ☐ From ☐ A ☐ De	**Facility Name:** ***Nombre de la instalación***	**Address** ***Dirección***_____ **Phone** ***Teléfono***_____ **Fax** _____

Purpose of Release · *Razón de Divulgación*	**Information to be released · *Datos a Divulgar***
☐ Continued care · *Cuidado continuado*	☐ Discharge/Record Summary · *Resumen de alta/Resumen de archivo*
☐ SSI/Disability · *SSI/Discapacidad*	☐ History/Physical Exam · *Historia/Examen físico*
☐ Personal Use · *Uso personal*	☐ Laboratory Reports · *Reportes del Laboratorio*
☐ Legal Attorney · *Jurídico*	☐ Operative Reports · *Reportes de Cirugías*
☐ Other – Specify · *Otro - Especifiquelo*	☐ Immunizations Records · *Reportes de Inmunizaciones*
	☐ Entire Record · *Archivo Completo*
	☐ Prenatal Care Records · *Reportes de Cuidado Prenatal*
	☐ Other – Specify · *Otro - Especifiquelo*

By signing below, I authorize the release of my complete health record with the inclusion of the following information:

☐ Mental Health Record ☐ Communicable Diseases (including HIV and AIDS) ☐ Alcohol/Drug Abuse Treatment

☐ Other (Specify):_____

Por firmarme abajo autorizo el lanzamientto de mi registro completo de salud con la inclusión de la siguiente información:

☐ *Registro de Salud Mental* ☐ *Enfermedades Contagiosas (incluyendo VIH and SIDA)* ☐ *Tratamiento de Abuso de Alcohol/Drogas*

☐ Otro (Especifiquelo): _____

Patient/Guardian Signature (required)
Firma del Paciente/Guardián (obligatorio)_____

Date Signed (required)
Fecha de Firma (obligatorio) _____

Printed Name of Person Signing (if not patient)
Nombre del firmante (si no es el paciente) _____

By signing below, I release Family Circle of Care Clinic, its employees, officers, and physicians from any legal responsibility or liability for disclosure of the information identified for release. Any use of this information other than for the purpose(s) stated is expressly prohibited without my written consent. I understand that I may revoke this Authorization at any time, except for actions already taken in good faith. Otherwise, it will expire ninety (90) days from the date of my signature.

Por firmarme abajo, descargo a la clínica Family Circle of Care, sus empleados, directores y médicos de toda y cualquier responsabilidad jurídica relacionada a la divulgación de los datos identificados en esta Autorización. Se prohíbe explícitamente el uso de esta información por cualquier razón que no sea de los propósitos declarados aquí, sin mi consentimiento previo, por escrito. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto cuanto a acciones ya realizadas en buena fe. De otra forma, esta autorización se vencerá noventa (90) días de la fecha de su ejecución.

Patient Signature (required) *Firma Del Paciente (obligatorio)*			Date Signed (required) *Fecha de Firma (obligatorio)*
Printed Name of Person Signing (if not patient) *Nombre del firmante (si no es el paciente)*			
Mailing Address of Patient *Dirección de correos del Paciente*			Phone #: *Teléfono*
City *Ciudad*	State *Estado*	Zip Code *Código postal*	
Witness Signature (required) *Firma del testigo (obligatorio)*			Date Signed (required) *Fecha de Firma (obligatorio)*