



**Authorization to Release Protected Health Information
Autorización Para Divulgar Información Protegida Sobre la Salud**

Patient Name: <i>Nombre del paciente</i>		DOB: <i>Fecha de nacimiento</i>	Social Security #: <i># de Seguro Social</i>
928 N. Glenwood • Tyler, TX 75702 Phone (903) 535-9041 <i>Fax (903) 533-0726</i>		2990 N. Broadway • Tyler, TX 75702 Phone (903) 535-9041 <i>Fax (903) 592-3886</i>	214 E. Houston Street • Tyler, TX 75702 Phone (903) 535-9041 <i>Fax (903) 533-1747</i>
2231 W. Gentry • Tyler, TX 75702 Phone (903) 535-9041 <i>Fax (903) 533-0726</i>		1001 N. Palestine St • Athens, TX 75751 Phone (903) 535-9041 <i>Fax (903) 904-5085</i>	510 E. Commerce St • J'ville, TX 75766 Phone (903) 535-9041 <i>Fax (903)</i>
Release of Information <i>Divulgación de datos</i> To <input type="checkbox"/> From <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> De <input type="checkbox"/>	Facility Name: <i>Nombre de la instalación</i>		Address: <i>Dirección</i> _____ Phone: <i>Teléfono</i> _____ Fax: _____
Purpose of Release	<i>Razón de Divulgación</i>	Information to be Released	<i>Datos a Divulgar</i>
<input type="checkbox"/> Continued Care • <i>Cuidado continuado</i> <input type="checkbox"/> SSI/Disability • <input type="checkbox"/> <i>SSI/Discapacidad</i> <input type="checkbox"/> Personal Use • <i>Uso personal</i> <input type="checkbox"/> Legal Attorney • <input type="checkbox"/> <i>Jurídico/abogado</i> <input type="checkbox"/> Other – Specify • <i>Otro - Especifíquelo</i>		<input type="checkbox"/> Discharge/Record Summary • <i>Resumen de alta/Resumen de archivo</i> <input type="checkbox"/> History/Physical Exam • <i>Historia/Examen físico</i> <input type="checkbox"/> Laboratory Reports • <i>Reportes del Laboratorio</i> <input type="checkbox"/> Operative Reports • <i>Reportes de Cirugías</i> <input type="checkbox"/> Immunizations Records • <i>Reportes de Inmunizaciones</i> <input type="checkbox"/> Entire Record • <i>Archivo Completo</i> <input type="checkbox"/> Prenatal Care Records • <i>Reportes de Cuidado Prenatal</i> <input type="checkbox"/> Other – Specify • <i>Otros - Especifico:</i>	

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 lanzamiento 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
 Other (Specify): _____

Patient/Guardian Signature (required) <i>Firma del Paciente/Guardián (obligatorio)</i>	Date Signed (required) <i>Fecha de Firma (obligatorio)</i>
Printed Name of Person Signing (if not patient) <i>Nombre del firmante (si no es el paciente)</i>	

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