



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

**AUTHORIZATION TO RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION**

I authorize People's Community Clinic(People's) to (**select one**)

- release** protected health information
- obtain** protected health information

\_\_\_\_\_  
 Patient Full Name

\_\_\_\_\_  
 Other names used (if applicable)

\_\_\_\_\_  
 Telephone Number

\_\_\_\_\_  
 Date of Birth

**Facility Information:**

**Return address:**

Name: \_\_\_\_\_

People's Community Clinic

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

1101 Camino La Costa

Fax#: \_\_\_\_\_

Austin, TX 78752

Telephone #/Fax # (512)478-4939 / (512)708-1835

Records to be released/obtained (**select one**):

- Complete medical records(includes labs and immunizations)
- Specific date(s) of services (if not requesting entire chart): \_\_\_\_\_

Information to be released/obtained (**mark all that apply**):

- Chart Notes
- Lab Results
- Immunization Records
- Radiology
- Prenatal Care
- Dental
- Other: \_\_\_\_\_

**Sensitive information (initials required to release):**

- Behavioral Health Records \_\_\_\_\_
- STI Information \_\_\_\_\_
- Genetic Information \_\_\_\_\_
- AIDS/HIV Information \_\_\_\_\_
- Substance Abuse Records \_\_\_\_\_

Purpose for release:

- Transfer of Patient Care
- Personal Use
- Attorney/Legal
- Insurance
- Other: \_\_\_\_\_

**Notice to Recipient** (Applicable Only When SUD Information Is Included):

If the information released includes substance use disorder (SUD) treatment records, it is protected by federal confidentiality rules (42 CFR Part 2). These rules prohibit any further disclosure of SUD information without the patient's specific written consent or unless otherwise permitted by this rule. 42 CFR part 2 prohibits unauthorized use or disclosure of these medical records.

By signing this form, I release People's Community Clinic, its employees, officers, and physicians from any legal responsibility or liability for disclosure of the information identified for release. I understand that once information is disclosed pursuant to this authorization, it may be re-disclosed by the recipient, and the information may not then be protected by federal & state privacy regulations. I may **revoke** this authorization at any time by providing a written statement to the Health Information Management Dept., except to the extent that People's or other organization has already completed action on it.

\_\_\_\_\_  
 Printed Name of Patient/Legally Authorized Representative

\_\_\_\_\_  
 Relationship to Patient

\_\_\_\_\_  
 Signature of Patient/Legally Authorized Representative

\_\_\_\_\_  
 Date (required)



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

**AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACION DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Yo autorizo a People's Community Clinic (People's) a **(seleccionar uno)**

- revelar** información de salud protegida
- obtener** información de salud protegida

Nombre completo del paciente \_\_\_\_\_

Otros nombres utilizados (si es aplicable) \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**Información de la organización:**

**Dirección de remitente:**

Nobre: \_\_\_\_\_

People's Community Clinic \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

1101 Camino La Costa \_\_\_\_\_

Fax#: \_\_\_\_\_

Austin, TX 78752 \_\_\_\_\_

Telephone #/Fax # (512)478-4939 / (512)708-1835 \_\_\_\_\_

Expedientes que se van a revelar/obtener **(selecciona uno)**:

- Historiales médicos completos (incluyendo análisis y vacunas)
- Fecha(s) específica(s) de los servicios (si no se solicita la carta completa): \_\_\_\_\_

Información que se van a revelar/obtener **(seleccionar todo lo que aplique)**:

- Notas del expediente
- Resultados de laboratorio
- Registros de vacunación
- Radiología
- Cuidados prenatales
- Dental
- Otros: \_\_\_\_\_

**Información sensible (se requiere las iniciales para revelar):**

- Registros de salud comportamental \_\_\_\_\_
- Información sobre ITS \_\_\_\_\_
- Información genética \_\_\_\_\_
- Información sobre el SIDA/VIH \_\_\_\_\_
- Antecedentes de abuso de sustancias (SUD) \_\_\_\_\_

Propósito de la revelación:

- Continuación de Atención
- Uso personal
- Abogado/Legal
- Seguros
- Otros: \_\_\_\_\_

**Aviso al destinatario** (Aplicado solo cuando se selecciona la información de SUD):

Si la información publicada incluye registros de tratamiento por trastornos por consumo de sustancias (SUD), será protegida por las normas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Estas normas prohíben cualquier revelación adicional de información sobre SUD sin el consentimiento escrito específico del paciente o en caso de que esta norma permita lo contrario. La parte 2 del 42 CFR prohíbe el uso o revelación no autorizada en base de estos registros médicos.

Al firmar este formulario, libero a People's Community Clinic, así como a sus empleados, directivos y médicos, de toda responsabilidad legal relacionada con la revelación de la información identificada para fines de publicación. Entiendo que una vez que la información sea revelada conforme a esta autorización, el destinatario podrá volver a revelarla, y la información podría dejar estar protegida por las leyes federales y estatales de privacidad. Comprendo que puedo **revocar** esta autorización en cualquier momento proporcionando una declaración por escrito al Departamento de Gestión de Información Sanitaria, excepto en la medida en que People's u otra organización ya haya actuado basándose en esta autorización.

Nombre impreso del paciente/representante legalmente autorizado \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Firma del paciente/representante legalmente autorizado \_\_\_\_\_

Fecha (obligatoria) \_\_\_\_\_