

# AUTHORIZATION TO INSPECT AND RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION

PATIENT NAME: \_\_\_\_\_  
ADDRESS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

BIRTHDATE: \_\_\_\_\_  
PHONE: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

1. I hereby authorize South Texas Cardiovascular & Rhythm Center to when medically necessary:

Discloser/release the specified health information:

Receive the specified health information:

TO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FROM: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. The following health information to be disclosed is maintained in the designated record set: (specify the exact information to be disclosed, including dates of service):

Complete Medical Record  
(OR the records marked below)

Date of service \_\_\_\_\_

- Discharge Summary
- History & Physical Examination
- Consultation Reports
- Progress Notes
- Report of Procedure
- Nursing Notes
- OTHER (specify): \_\_\_\_\_

- Pathology Report
- Heart Diagrams
- Laboratory Tests
- Radiology Reports
- Physicians' Orders

Diagnostic Films/Digital Images (specify): \_\_\_\_\_  
 Billing Records (specify): \_\_\_\_\_

3. For the purpose of:  Outcomes Review  Quality Control  Other

4. I understand that this information may include information relating to specific laboratory tests of HIV infection (Human Immunodeficiency Virus, the causative agents of AIDS) or the diagnosis of Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) or AIDS related conditions; treatment for drug or alcohol abuse, mental or behavioral health or psychiatric care, excluding psychotherapy notes.

5. This authorization is given freely with the understanding that:

- a) I may revoke this authorization at any time, except where information has already been released.
- b) The revocation must be in writing and a form is available from the medical record department.
- c) This authorization will expire 180 days from date of signature unless otherwise specified; expires \_\_\_\_\_.
- d) A photocopy or fax of this authorization is as valid as the original.
- e) Information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and is no longer protected.

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient

\_\_\_\_\_  
Date

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

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient's Representative

\_\_\_\_\_  
Representative's Printed Name

\_\_\_\_\_  
Date



IH 10 Heart Plaza Tel 210.732.0200  
6800 IH-10 W, Ste 120 Fax 210.732.0600  
San Antonio, TX 78201 STC-041 (08/10)

PATIENT IDENTIFICATION:

# AUTORIZACIÓN PARA INSPECCIONAR Y LIBERAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

1. Por este medio, yo autoriza al South Texas Cardiovascular & Rhythm Center a que cuando sea médicamente necesario:

Revelar/liberar la información de salud especificada:

Recibir la información de salud especificada:

PARA: \_\_\_\_\_

DE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. La siguiente información de salud que se revelará se mantiene en la serie de registros designada: (especifique la información exacta que será revelada, incluyendo las fechas del servicio):

Registro Médico Completo  
(O los registros marcados abajo)

Fecha del servicio \_\_\_\_\_

- Resumen del Alta
- Historial & Examen Físico
- Reportes de Consultas
- Notas del Progreso
- Reporte del Procedimiento
- Notas de la Enfermería
- OTROS (especifique): \_\_\_\_\_

- Reporte de Patología
- Diagramas Cardiacos
- Pruebas de Laboratorio
- Reportes de Radiología
- Ordenes de los Médicos

Diagnóstico Películas/Digital Imágenes (especifique): \_\_\_\_\_

Facturación Registros (especifique): \_\_\_\_\_

3. Para propósito de:  Revisión de Resultados  Control de Calidad  Otro

4. Entiendo que ésta información podría incluir información relacionada a pruebas de laboratorio específicas de infección VIH (Virus de Inmunodeficiencia Adquirida, los agentes causantes del SIDA) o el diagnóstico de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o condiciones relacionadas al SIDA; tratamientos por abuso de drogas o alcohol, salud mental o de comportamiento o atención psiquiátrica, excluyendo notas de psicoterapia.

5. Esta autorización se da libremente con el entendimiento de que:

- a) Yo podría revocar esta autorización en cualquier momento, excepto aquella información que ya fue liberada.
- b) La revocación debe ser por escrito y existe un formulario disponible del departamento de registro médico.
- c) Esta autorización expira 180 días después de la fecha de la firma, a menos que se especifique lo contrario; expira \_\_\_\_\_.
- d) Una fotocopia o fax de esta autorización es tan válida como el original.
- e) La información usada o revelada en conformidad con esta autorización podría ser sujeta a volverse a revelar por el recipiente y ya no está protegida.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante Printed Name

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



IH 10 Heart Plaza Tel 210.732.0200  
6800 IH-10 W, Ste 120 Fax 210.732.0600  
San Antonio, TX 78201 STC-041 S (08/10)

PATIENT IDENTIFICATION: