Methodist HEALTH SYSTEM

HEALTH INFORMATION MANAGEMENT DEPARTMENT

☐ **METHODIST DALLAS MEDICAL CENTER**
1441 N. Beckley Ave Dallas, Texas 75203
214-947-2800 Fax 214-947-7632

☐ **METHODIST CHARLTON MEDICAL CENTER**
3500 W. Wheatland Rd. Dallas, Texas75237
214-947-7600 Fax 214-947-7632

☐ **METHODIST MANSFIELD MEDICAL CENTER**
2700 E. Broad St. Mansfield, Texas 76063
682-622-3060 Fax 214-947-7632

☐ **METHODIST RICHARDSON MEDICAL CENTER**
2831 E. President George Bush Hwy Richardson, Texas 75082
469-204-0500 Fax 947-7632

AUTHORIZATION TO DISCLOSE HEALTH INFORMATION

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Name of Patient/*Nombre del Paciente*: _____

Address/*Dirección*: _____

City & State/*Ciudad y Estado*:_____Zip Code/*Código Postal*:_____

Home Phone/*Teléfono del Domicillo*:_____Work Phone/*Teléfono del Trabajo*: _____

Date of Birth/*Fecha de Nacimiento*:_____Age/*Edad*:_____Sex/*Sexo*: _____

Social Security #/*No. del Seguro Social*:_____Medical Record #/*No. de Expediente Médico*: _____

Date of Admission/*Fecha de Ingreso*:_____Date of Discharge/*Fecha de Alta*: _____

1. I authorize the use or disclosure of the Patient's health information, as described below.
   Autorizo el uso y divulgación de la información médica del Paciente, de la forma descrita a continuación.
2. The following individuals or organizations are authorized to make the disclosure:
   Las siguientes personas u organizaciones están autorizadas a divulgar la información médica:.

❒ **Methodist Dallas Medical Center** ❒ **Methodist Charlton Medical Center**
❒ **Methodist Mansfield Medical Center** ❒ **Methodist Richardson Medical Center**

3. The type and amount of information to be used or disclosed is as follows: (Please Check):
   El tipo y la cantidad de información que se usarán o divulgarán serán las siguientes: (Por favor, marque lo que proceda):

_____History & Physical/*Antecedentes y Examen Físico*
_____Operative Procedures/*Procedimientos Operativos*
_____Laboratory Reports/*Informes de Laboratorio*
_____X-ray Film/*Placas de Rayos X*
_____Clinic Records/*Informes Clínicos*
_____Entire Health Record/*Expediente Médico Completo*
_____Discharge Summary/*Resumen de Alta*
_____Pathology Report/*Informe Patológico*
_____X-ray/Imaging Reports/*Informes de RayosX/Diagnóstico*
_____Echocardiogram/*Ecocardiograma*
_____ER Records/*Informes de la Sala de Emergencia*
_____Pathology Slides/Blocks/*Portaobjetos/Cortes Microscópicos de Patología***

** I have been informed that the release of my original pathology specimen for further testing may result in the remaining sample being rendered unusable for further testing at Methodist Hospitals of Dallas (i.e. all of specimen is used or lost or specimen integrity not maintained). Despite these risks, I hereby give my consent for the release of my remaining specimen to the person or entity listed in this form and agree to release and hold Methodist Hospitals of Dallas harmless from any specimen-related claims resulting from such release.

_____Other (please describe)/*Otros (por favor, descríbalos)* _____

_____

4. I understand that the information in the Patient's health record may include information relating to sexually transmitted disease, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), or human immunodeficiency virus (HIV). It may also include information about behavioral or mental health services, and treatment for alcohol and drug abuse.
   Entiendo que la información en el expediente médico del Paciente podría incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Podría, asimismo, incluir información sobre servicios conductuales o de salud mental y sobre el tratamiento para el abuso de alcohol y de drogas.

Your initials are required to release the following information:

_____Mental Health Records (excluding psychotherapy notes) _____HIV/AIDS Test Results/Treatment

_____Drug, Alcohol, or Substance Abuse Records _____ Genetic Information (inculding Genetic Test Results)

5. This information may be disclosed to and used by the following individual(s) or organization(s):
Es posible que esta información se divulgue a, y pueda ser usada por, las siguientes personas u organizaciones:

Name/*Nombre*: _____

Address/*Dirección*: _____

6. This information is being disclosed for the following purpose(s):/*Esta información se está divulgando con los siguientes objetivos*

_____

_____

7. I understand that I have the right to revoke this authorization at any time. I understand that in order to revoke this authorization, I must do so in writing and present my written revocation to the Director of the Health Information Management Department at:
Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al: Director of the Health Information Management Department:

❒	METHODIST DALLAS MEDICAL CENTER	1441 N. Beckley Ave	Dallas, Texas 75203
❒	METHODIST CHARLTON MEDICAL CENTER	3500 W. Wheatland Rd.	Dallas, Texas 75237
❒	METHODIST MANSFIELD MEDICAL CENTER	2700 E. Broad St.	Mansfield, Texas 76063
❒	METHODIST RICHARDSON MEDICAL CENTER	2831 E. President George Bush Hwy	Richardson, Texas 75082

I understand that the revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization.
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.
Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se había divulgado de acuerdo con los términos de esta autorización.
Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguro médico en aquellos casos en que la ley ofrezca a mi compañía aseguradora el derecho a objetar a una reclamación bajo mi póliza de seguro.

8. Unless otherwise revoked, this authorization will expire on the following date, event, or condition:
A menos que sea revocada de alguna forma, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o bajo las siguientes circunstancias:

_____

If I fail to specify an expiration date, event, or condition, this authorization will expire six months from the date of signing.
Si no especifico una fecha, evento o circunstancias, esta autorización vencerá a los seis meses de la fecha de la firma.

9. I understand that once the information is disclosed pursuant to this authorization, it may be re-disclosed by the recipient and the information may not be protected by federal or state privacy regulations.
Entiendo que una vez que la información se divulgue de conformidad con esta autorización, el destinatario podría divulgarla de nuevo, y la información ya no estaría protegida por las reglas de privacidad federales.

10. I have read this form and agree to the use and disclosures of this 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 covered entities as provided by Texas Health and Safety Code § 181.154(c) and/or 45 C.F.R. § 164.502(a)(1).
I understand that I will be given a copy of this authorization form, after signing.
Entiendo que se me entregará una copia de este formulario de autorización, después de firmarlo.

_____ _____

Signature of Patient/Responsible Party or Legal Representative
Firma del Paciente /Persona Responsable o Representante Legal

Date/*Fecha*

_____ _____

If Signed by Legal Representative, Relationship to Patient
Si Está Firmado por el Representante Legal, Indique Relación con el Paciente

Date/*Fecha*

_____ _____

Signature of Witness/ *Firma del Testigo*

Date/*Fecha*