

**AUTHORIZATION FOR USE, REQUEST AND DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION**



**Patient Information:**

Patient First Name: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_  
 Patient Last Name: \_\_\_\_\_ City / State / Zip: \_\_\_\_\_  
 Medical Record Number or Social Security number: \_\_\_\_\_  
 Date of Birth: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

Phone: 713.873.2178  
 Fax: 713.873.5389  
 Email: [Releaseofinformation@harrishealth.org](mailto:Releaseofinformation@harrishealth.org)

**I hereby authorize Harris Health System to release and provide copies of the information indicated below to:**

Name: \_\_\_\_\_ City/State: \_\_\_\_\_  
 Phone Number: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_

**Check this box if the recipient of the requested health care information is your attorney or your legally authorized representative.**

**Information To Be Released – Covering the Periods of Health Care:**

From (date): \_\_\_\_\_ To (date): \_\_\_\_\_

**Facility:**

All Harris Health Facilities  Ben Taub Hospital  Lyndon B. Johnson Hospital  Quentin Mease  
 Clinic(s): \_\_\_\_\_

**Please check type of information to be released:**

Complete Medical Record **[OR the records marked below]**  
 Billing Record  Emergency Room Record(s)  Operative/Procedure Report(s)  Other: \_\_\_\_\_  
 Clinic Visit(s)  Entire Inpatient Record  Pathology Report(s)  
 Consultation Report(s)  Entire Outpatient Record  Pathology Slides/Blocks  
 Discharge Summary  History & Physical  Radiology Image(s)  
 Eligibility Record(s)  Lab Report(s)  Radiology Report(s)  
 Psychotherapy Notes **(No other boxes maybe checked, if this box is checked)**

**Drug and/or Alcohol Abuse, and/or Psychiatric, and/or HIV/AIDS Records Release:**

I understand and agree that the information requested may contain reference(s) to drug and/or alcohol abuse, psychiatric care, sexually transmitted disease, HIV/AIDS, Hepatitis B or C testing, and/or other sensitive information.

**Format:**

Paper  Compact Disc (CD)  MyHealth (requested records will be sent to patient's MyHealth account free of charge)  Other: \_\_\_\_\_

**Purpose of Request/Disclosure** (this section is only required if the individual providing this authorization form to Harris Health is someone other than the patient or patient's legally authorized representative):

Treatment or Consultation  Legal  Government Benefit  Request of Patient  Billing/Insurance/Claims  Other: \_\_\_\_\_

**Expiration of Authorization** (this section is only required if the individual providing this authorization form to Harris Health is someone other than the patient or patient's legally authorized representative):

This authorization will automatically expire in 180 days from the date of the signature unless: (1) an expiration event or date is provided below; or (2) "none" has been entered when this authorization is for the purpose of research only.

This authorization expires on \_\_\_\_\_ (Expiration date or event, e.g., discharge from hospital or delivery of requested information).

**Withdrawal/Cancellation of Authorization:** I understand that this authorization may be withdrawn or cancelled by me or my personal representative at any time by sending written notice to Harris Health System. To withdraw or cancel this authorization, written notice must be sent to: Harris Health System, HIM Release of Information, 1504 Taub Loop, Houston, Texas 77030, or via email at [AuthorizationWithdrawal@harrishealth.org](mailto:AuthorizationWithdrawal@harrishealth.org). The withdrawal or cancellation of this authorization will not change any of the releases of information made before Harris Health is able to make your withdrawal or cancellation of your authorization effective. Please see Harris Health System's Notice of Privacy Practices for more information.

**Potential Re-Disclosure:**

I understand that once my information is disclosed, it may be re-disclosed by the recipient and no longer protected by state and federal privacy laws, including the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA Privacy Rule).

**I understand that I do not have to sign this authorization and that my treatment, payment, or enrollment / eligibility for benefits at Harris Health System will not be denied if I do not sign this authorization.**

\_\_\_\_\_  
 Signature of Patient (or Patient's Personal Representative)

\_\_\_\_\_  
 Date

\_\_\_\_\_  
 Name of Patient (or Personal Representative) (Print)

\_\_\_\_\_  
 Witness Signature

\_\_\_\_\_  
 Personal Representative's Relationship to Patient

**TO BE COMPLETED BY HARRIS HEALTH SYSTEM:**

Identity of Requestor Verified via:  Photo ID  Matching Signature  Other, specify \_\_\_\_\_

**This document contains protected and confidential patient health information and must be secured at all times while in use. Immediately dispose of in the blue recycling bin when done using the document.**

Printed versions of this document are uncontrolled. Please go to the Harris Health Document Control Center to retrieve an official controlled version of the document. <https://apps.hchd.local/sites/dcc>

**Información del paciente:**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
 Apellido del paciente: \_\_\_\_\_ Ciudad/estado/ \_\_\_\_\_  
 No. de expediente \_\_\_\_\_ cód. postal: \_\_\_\_\_  
 médico/Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfono: 713.873.2178  
 Fax: 713.873.5389  
 Correo electrónico:  
[Releaseofinformation@harrishealth.org](mailto:Releaseofinformation@harrishealth.org)

Por medio de este documento autorizo a Harris Health System a divulgar y entregar copias de la información detallada más abajo a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Ciudad/estado: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_

Marque esta casilla si el destinatario de la información solicitada sobre su salud es su abogado o su representante legalmente autorizado.

**Información a ser divulgada, correspondiente a los siguientes períodos de cuidado médico:**

Desde (fecha): \_\_\_\_\_ Hasta (fecha): \_\_\_\_\_

**Centro:**

Todos los centros de Harris Health     Ben Taub Hospital     Lyndon B. Johnson Hospital     Quentin Mease  
 Clínica(s): \_\_\_\_\_

**Marque el tipo de información a divulgar:**

Expediente médico completo [O los registros marcados a continuación]

<input type="checkbox"/> Registro de facturación	<input type="checkbox"/> Registros de la sala de emergencias	<input type="checkbox"/> Informes operativos/ procedimentales	<input type="checkbox"/> Otros: _____
<input type="checkbox"/> Visitas clínicas	<input type="checkbox"/> Registro de hospitalización completo	<input type="checkbox"/> Informes patológicos	_____
<input type="checkbox"/> Informes de consultas médicas	<input type="checkbox"/> Registro ambulatorio completo	<input type="checkbox"/> Placas/bloques de patología:	
<input type="checkbox"/> Resumen del alta	<input type="checkbox"/> Historia clínica y exámenes físicos	<input type="checkbox"/> Imágenes radiológicas	
<input type="checkbox"/> Registros de elegibilidad	<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio	<input type="checkbox"/> Informes radiológicos	
	<input type="checkbox"/> Notas de psicoterapia (si marca esta casilla, no debe marcar ninguna otra)		

**Divulgación de informes sobre abuso de drogas y/o alcohol, antecedentes psiquiátricos y/o VIH/sida:**

Entiendo y acepto que la información solicitada puede contener referencias al abuso de drogas y/o alcohol, atención psiquiátrica, enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida, pruebas de hepatitis B o C y/u otra información delicada.

**Formato:**

Impreso     Disco compacto (CD)     MyHealth (los registros solicitados se enviarán sin cargo a la cuenta MyHealth del paciente)    Otro: \_\_\_\_\_

**Propósito de la solicitud/divulgación** (esta sección solo es necesaria si la persona que presenta este formulario de autorización ante Harris Health no es el paciente ni el representante legalmente autorizado del paciente):

Tratamiento o consulta     Uso legal     Beneficios del gobierno     Solicitud del paciente     Facturación/seguro médico/reclamaciones     Otro: \_\_\_\_\_

**Caducidad de la autorización** (esta sección solo es necesaria si la persona que presenta este formulario de autorización ante Harris Health no es el paciente ni su representante legalmente autorizado):

Esta autorización caducará automáticamente a los 180 días de la fecha en que se firme, a menos que: (1) se indique una fecha de caducidad más abajo; o (2) se ha indicado "ninguna" cuando esta autorización se extiende para fines de investigación únicamente.

Esta autorización caduca el \_\_\_\_\_ (fecha o evento de caducidad; por ejemplo, alta del hospital o entrega de la información solicitada).

**Retiro/cancelación de autorización:** Entiendo que yo o mi representante personal podemos retirar o cancelar esta autorización en cualquier momento enviando a Harris Health System una notificación por escrito. Para retirar o cancelar esta autorización, es necesario enviar una notificación por escrito a: Harris Health System, HIM Release of Information, 1504 Taub Loop, Houston, Texas 77030, o por correo electrónico a [AuthorizationWithdrawal@harrishealth.org](mailto:AuthorizationWithdrawal@harrishealth.org). El retiro o cancelación de esta autorización no cambiará ninguna divulgación de información presentada antes de que Harris Health pueda hacer efectivo el retiro o cancelación de dicha autorización. Para obtener más información, por favor consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad de Harris Health System.

**Posible nueva revelación:**

Entiendo que una vez que se divulgue mi información, el destinatario podría volver a divulgarla y dejaría de estar protegida por las leyes estatales y federales de privacidad, incluida la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (Norma de Privacidad de la ley HIPAA).

**Entiendo que no tengo la obligación de firmar esta autorización y que mi tratamiento, el pago de servicios, mi inscripción o mi elegibilidad para los beneficios en Harris Health System no serán denegados porque yo no haya firmado esta autorización.**

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente (o de su representante personal)

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente (o de su representante personal) (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
 Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
 Parentesco o relación del representante personal con el paciente

**PARA SER COMPLETADO POR HARRIS HEALTH SYSTEM:**

Identidad del solicitante verificada mediante:     ID con foto     Firma     Otro (especificar) \_\_\_\_\_

**Este documento contiene información de salud del paciente protegida y confidencial y debe protegerse en todo momento mientras esté siendo utilizado. Cuando este documento no se use más, deséchelo de inmediato en el cesto de residuos azul.**

Las versiones impresas de este documento no han sido controladas. Visite el Centro de control de documentos de Harris Health para obtener una versión oficial y controlada de este documento.  
<https://apps.hchd.local/sites/dcc>