

Patient Authorization / Restriction for Release of Medical Records

SI USTED DESEA RESTRINGIR O AUTORIZAR A METRO HEALTH A REVELAR SU ISP, DEBE COMPLETAR ESTE FORMULARIO. Un individuo tiene el derecho, por ley, a revisar y obtener una copia de su propia Información de Salud Protegida (ISP.) Un individuo también tiene el derecho de permitir o prohibir la transmisión de su ISP a otros individuos u organizaciones por escrito. Al completar este formulario, usted esté dando permiso o prohibiendo al San Antonio Metropolitan Health District (Metro Health) de revelar su ISP a aquellos mencionados en este documento. Por favor sepa que cualquier pedido de restricción puede ser negado y debe completar este formulario por completo para ser aceptado. Si requiere ayuda para completar el formulario, por favor notifique al personal de Metro Health.

Sección A: Información del paciente (o menor de edad) – Individuo cuya ISP será autorizada o prohibida de ser revelada.

Nombre: _____	Inicial del segundo nombre _____	Apellido: _____
Dirección: _____		Ciudad: _____
Estado: _____	Código postal: _____	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____
		Teléfono #: _____

Sección B: Por favor especifique cuales records usted desea revelar o prohibir nombrándolos en el espacio siguiente. Si usted desea fechas específicas del record revelado/prohibido, usted debe indicar las fechas de cada tipo de record. (Ejemplo: record de vacunas, record medico entero, resultados de laboratorio, etc.)

<input type="checkbox"/> Revelación inmediata (records especificados se enviarán a los individuos nombrados; autorización expira cuando se completa dicha revelación)	<input type="checkbox"/> Revelación futura (records se enviarán SOLO cuando requerido por los individuos nombrados en este formulario; autorización expira 3 años de la fecha firmada o cuando el menor cumpla 18 años)
<input type="checkbox"/> Record de vacunas	<input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio
<input type="checkbox"/> Otros especificados: _____	<input type="checkbox"/> Resultados de Radiografía

Autorización Requerida	<input type="checkbox"/> Record de ETS	<input type="checkbox"/> Records de VIH	<input type="checkbox"/> Recomendación a servicios de tratamiento de abuso de sustancias	Fechas requeridas: _____
------------------------	--	---	--	--------------------------

Sección C: Por favor seleccione quien usted quiere autorizar o prohibir recibir su ISP que Metro Health revele. Usted debe proporcionar la información para comunicarse con aquellos indicados aquí y los nombres deben ser los nombres legales completos de los individuos. Por favor marque una de las siguientes opciones.

<input type="checkbox"/> Yo autorizo a Metro Health a revelar mi ISP (especificado en la sección B) a los individuos designados aquí.	Fecha de Expiración: _____
<input type="checkbox"/> Yo prohíbo a Metro Health a revelar mi ISP (especificado en la sección B) a los individuos designados aquí.	
Nombre: _____	Relación al Paciente: _____
Dirección: _____	Ciudad: _____
Estado: _____	Código postal: _____
Teléfono #: _____	Fax #: _____

Si usted desea prohibir acceso a su ISP esquivé las secciones D – E

Sección D – Formato de ISP a ser revelada: Por favor seleccione los formatos que usted aprueba que Metro Health use. Debe seleccionar por lo menos una opción.

<input type="checkbox"/> Copia de papel	<input type="checkbox"/> Copia electrónica (aviso: si su ISP no existe en formato electrónico, se revelara en papel.)
<input type="checkbox"/> Correo electrónico (Yo comprendo que el correo electrónico no es SEGURO y acepto los riesgos asociados con este formato de revelación.)	

Sección E: Por favor indique el propósito de la revelación de la ISP especificada aquí.

<input type="checkbox"/> Records personales propios	<input type="checkbox"/> Para recoger una copia en mi nombre.	<input type="checkbox"/> Cuidado continuo	<input type="checkbox"/> Otra:
---	---	---	--------------------------------

Notificación de Privacidad: Con algunas excepciones, usted tiene el derecho de pedir y ser informado acerca de información suya que Metro Health recolecta. Usted tiene el derecho a revisar y obtener una copia de la información, además, de pedir a Metro Health que corrija cualquier información de se haya determinado incorrecta. Usted puede ver una copia de la Notificación de Privacidad HIPAA en <http://www.sanantonio.gov/Health/AboutUs/ClinicLocations/HIPAANotice.aspx> u obtenga una copia de cualquier clínica de Metro Health.

Al firmar este documento, yo autorizo la revelación de la información designada y comprendo que la información puede ser sujeta a otra revelación por el receptor. Yo comprendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento excepto cuando ya se haya llevado a cabo. Me han dado una copia de la Notificación de Privacidad de HIPAA para mi información y se han contestado todas mis dudas. Yo comprendo que mi elegibilidad para subscribirme, tratamiento, pago, o servicios no cambiara si me niego a firmar este formulario. Yo reconozco que esta autorización es completamente voluntaria. Yo comprendo que esta autorización vencerá en 3 años de la fecha firmada aquí, a menos que yo haya marcado una fecha de vencimiento en la sección C. En el caso que el paciente sea un menor, vencerá cuando el menor cumpla 18 años de edad, lo que ocurra primero.

Sección F: Si usted es un Padre/Guardián Legal de un menor, o autorizado legalmente a representar el paciente nombrado, por favor complete esta sección.

IMPORTANTE: Por favor adjunte cualquier documento legal para comprobar que es el guardián legal o representante autorizado del paciente en el caso que no estén ya es su archivo.

Nombre: _____	Relación al paciente: _____	Ciudad: _____
Dirección: _____	Código postal: _____	Teléfono #: _____

Firma (X) _____	Date _____
-----------------	------------

Para uso por notario solamente (si es necesario)

State of Texas County of _____ <div style="text-align: center;">(Personalized Seal)</div>	This instrument was acknowledged before me on _____ by _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Date Name(s) of person(s) acknowledging </div> <div style="text-align: right;">_____ Notary Public's Signature</div>
---	--

Patient Authorization / Restriction for Release of Medical Records

For Metro Health Use ONLY

Authorization for Immediate Release:

Method of Authorization Submission	Method of Records Release	Authorized Personnel Name (Print)	Authorized Personnel Signature	Date

Revocation of Authorization:

At the request of the patient or their Legally Authorized Representative, this authorization may be revoked at any time in writing. This section must be completed by the Metro Health employee receiving a request for revocation of this authorization.

Name of Patient/Legally Authorized Representative	Date of Request	
Reason for Revocation		
Method of Identification (include ID #s if applicable)		
Employee Name	Date	
Division	Method of Request	

Comments:

Please include any written requests for revocation of this authorization with this form for reference.