

**PARKLAND HEALTH & HOSPITAL SYSTEM**

Dallas, Texas

**AUTHORIZATION FOR  
RELEASE OF INFORMATION**

Page 1 of 2



ARI260

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

Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

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

Telephone # \_\_\_\_\_

Instructions: Complete all applicable sections to have information disclosed from Parkland Health & Hospital System (PHHS) to another provider or requestor. PHHS will not condition treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits based on the completion of this form.

I hereby authorize Parkland Health & Hospital System to use/disclose my protected health information as described below. I understand a processing fee may apply for the requested information. Identification will be required for patient privacy and confidentiality.

- I understand that the information is to be released for the following purposes:

Please check (✓) one of the following:

Attorney  Billing or Claims  Life Insurance  Patient Request

Social Security Disability  Treatment  Review of Record

Other, Please explain: \_\_\_\_\_

Time period or date of information to be released:

From \_\_\_\_\_ (month/year) To: \_\_\_\_\_ (month/year)

Specific description of information: \_\_\_\_\_

- I understand the information requested will be:  Mailed to  Faxed to or  Picked up by:

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

Attention: \_\_\_\_\_

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

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Would you like to request your medical record information in CD format?  Yes  No  
(only data from the Electronic Medical Record can be downloaded to a CD)

**Patient Acknowledgement**

I understand that my medical information may include sensitive health information. Communicable or venereal diseases such as hepatitis, syphilis, gonorrhea and human immunodeficiency virus if diagnosed, will be included in my medical record. I further understand that my medical information could indicate that I am undergoing treatment for psychological or psychiatric conditions or substance abuse.

I understand that I may revoke this authorization in writing at any time, except to the extent that PHHS has relied on this authorization. The written revocation should be addressed to the Release of Information Department. Unless otherwise revoked, I understand that the date or event upon which this authorization expires is 180 days from the date of signature. A photo static copy of this authorization is considered as valid as the original.

I understand that I may see and copy the information described on this form if I ask for it and that I will get a copy of this form after I sign it.

I understand that if the recipient authorized to receive the health information is not a health plan or health care provider the released health information may no longer be protected by federal and state privacy regulations.

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

\_\_\_\_\_  
Patient Printed Name

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Time

\_\_\_\_\_  
Legal Representative Signature

\_\_\_\_\_  
Legal Representative Printed Name

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Time

\_\_\_\_\_  
If representative, specify relationship to patient

\_\_\_\_\_  
Interpreter Signature

\_\_\_\_\_  
Interpreter Printed Name

\_\_\_\_\_  
ID #

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Time

**PARKLAND HEALTH & HOSPITAL SYSTEM**

Dallas, Texas

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR  
DE INFORMACIÓN**

Page 2 of 2

Paciente \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ postal \_\_\_\_\_

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

Teléfono \_\_\_\_\_

Instrucciones: Complete todas secciones aplicables para que se divulgué del El Sistema de Salud y Hospital de Parkland (PHHS) a otro proveedor o al solicitante. PHHS no condicionará el tratamiento, el pago, la matriculación ni la elegibilidad para beneficios basados en la terminación de esta forma.

Autorizo a El Sistema de Salud y Hospital de Parkland (PHHS) que utilicé/divulgué mi información protegida de la salud como descrito abajo. Comprendo que un cobro puede ser aplicado por procesar la información solicitada. Una identificación será requerida para proteger la privacidad y la confidencialidad del paciente.

- Comprendo que la información es divulgada para los propósitos siguientes:

Por favor verifique (✓) uno de los siguientes:

- Abogado     Factura o Reclamo     Seguros de vida     Petición de Paciente
- Incapacidad del Seguridad Social     Tratamiento     Revisión de Expediente
- Otro, Explique por favor: \_\_\_\_\_

Petición de período de tiempo o fecha sin precedentes de información para ser divulgada:

De \_\_\_\_\_ (mes/año) A: \_\_\_\_\_ (Mes/año) descripción Especifica

Descripción Especifica de información \_\_\_\_\_

- Comprendo que la información solicitada será:     Enviado a     Mandado por fax a o     Recogido por:

Nombre: \_\_\_\_\_

La Atención de: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Cuidad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

¿Le gustaría solicitar su información del expediente medico en formato de CD?     Si     No  
(Solo los datos del expediente médico electrónica se pueden descargar en un CD (disco compacto))

**Reconocimiento Por El Paciente**

Comprendo que mi información médica puede incluir información confidencial de salud. Las enfermedades transmisibles o venéreas como la hepatitis, la sífilis, la gonorrea y el virus de la inmunodeficiencia humana si diagnosticado, serán incluidas en mi expediente médico. Comprendo que mi información médica podría indicar que estoy bajo tratamiento por condiciones psicológicas o psiquiátricas o por abuso de sustancias.

Comprendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, con excepción del caso en que PHHS ya se haya actuado sobre la autorización. La revocación escrita debe ser dirigida al Departamento de Divulgación de Información. Al menos de ser previamente revocado, entiendo que esta autorización se vence a 180 días desde la fecha de la firma. Una copia fotostática de esta autorización es considerada tan válida como la original.

Comprendo que puedo ver y copiar la información descrita de este formulario si lo solicito y que recibiré una copia de este formulario después de que lo firme.

Comprendo que, si el receptor autorizado que reciba la información de salud no sea un plan de la salud o un proveedor de asistencia médica, la información de salud divulgada ya no será protegida por los reglamentos federales y estatales de la privacidad.

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

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

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

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso de Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

Si es representante, especifica la relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Interprete

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso del Interprete

\_\_\_\_\_  
# del Identificación

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

2-Hole 1/4 2 3/4 - 2-Hole 1/4 4 1/2 - 3-Hole 1/4 4 1/4

