



### Authorization to Use or Disclosure Protected Health Information

This authorization may be used to permit a covered entity to use or disclose an individual's protected health information. Individuals completing this form should read the form in its entirety before signing and complete all the sections that apply to their decisions relating to the use or disclosure of their protected health information.

Client Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Previous Name/s (aka): \_\_\_\_\_ TCP ID Number: \_\_\_\_\_

I Authorize (name, address, phone, fax): \_\_\_\_\_

To release my health care information to: **The Caring Place – Programs and Services**  
**2001 Railroad Avenue**  
**Georgetown Texas 78626-7740**  
**512-943-0700 Phone 512-943-0741 Fax**

**Specific information to be disclosed:**

- Medical Record from \_\_\_\_\_
- Medical Billing record from \_\_\_\_\_
- Other: \_\_\_\_\_

**Reason for release of information:**

- Billing
- Verification of crisis

**The individual signing this form agrees and acknowledges as follows:**

- (i) **Voluntary Authorization:** This authorization is voluntary. Enrollment or eligibility for benefits (as applicable) will not be conditioned upon my signing of this authorization form.
- (ii) **Effective Time Period:** This authorization shall be in effect until the earlier of two (2) years after the death of the patient for whom this authorization is made or the following specified date: \_\_\_\_\_.
- (iii) **Right to Revoke:** I understand that I have the right to revoke this authorization at any time by writing to the health care provider or health care entity listed above. I understand that I may revoke this authorization except to the extent that action has already been taken based on this authorization.
- (iv) **Special Information:** This authorization may include disclosure of information relating to **DRUG, ALCOHOL and SUBSTANCE ABUSE, MENTAL HEALTH INFORMATION**, except psychotherapy notes, **CONFIDENTIAL HIV/AIDS-RELATED INFORMATION**, and **GENETIC INFORMATION** only if I specifically note this in the "other" specific information to be disclosed section above.
- (v) **Signature Authorization:** I have read this form and agree to the uses and disclosure of the 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. I understand that information disclosed pursuant to this authorization may be subject to redisclosure by the recipient and may no longer be protected by federal or state privacy laws.

Client: \_\_\_\_\_ Witness: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



### Autorización de uso o divulgación de información de salud protegida

Esta autorización puede ser utilizada para permitir que una entidad cubierta utilice o divulgue la información de salud protegida de una persona. Las personas que completen este formulario deben leer el formulario en su totalidad antes de firmar y completar todas las secciones que se aplican a sus decisiones relacionadas con el uso o divulgación de su información médica protegida.

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre/s anteriores (aka): \_\_\_\_\_ Numero de ID de TPC: \_\_\_\_\_

Yo Autorizo a (nombre, dirección, teléfono, fax): \_\_\_\_\_ para

liberar mi información de atención médica a: **The Caring Place – Programas y Servicios**

**2001 Railroad Avenue**

**Georgetown Texas 78626-7740**

**512-943-0700 Teléfono 512-943-0741 Fax**

**Información específica que debe divulgarse:**

Expediente médico de \_\_\_\_\_

Registro de facturación médica de \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

**Motivo de la divulgación de la información:**

Facturación

Verificación de crisis

**El individuo que firma este formulario está de acuerdo y reconoce lo siguiente:**

(i) **Autorización Voluntaria:** Esta autorización es voluntaria. Inscripción o elegibilidad para beneficios (según corresponda) no será condicionada a mi firma de este formulario de autorización.

(ii) **Período de Tiempo Efectivo:** Esta autorización estará vigente hasta el anterior de dos (2) años después de la muerte del paciente para el cual se realiza esta autorización o la fecha especificada siguiente: \_\_\_\_\_.

(iii) **Derecho de Revocar:** Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo al proveedor de atención médica o a la entidad de atención médica indicada arriba. Entiendo que puedo revocar esta autorización, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas basadas en esta autorización.

(iv) **Información Especial:** Esta autorización puede incluir la divulgación de información relativa a **DROGA, ALCOHOL y ABUSO DE SUSTANCIA, INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL**, excepto notas de psicoterapia, **Información confidencial sobre el VIH/SIDA, Y Información genética** sólo si tengo en cuenta específicamente esto en la "otra" información específica que se revelará la sección anterior.

(v) **Autorización de Firma:** He leído este formulario y acepto los usos y la divulgación de la información tal como se describe. Entiendo que negarse a firmar este formulario no detiene la divulgación de la información de salud que ha ocurrido antes de la revocación o que de otra manera está permitida por la ley sin mi autorización o permiso específico. Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a revelación por el destinatario y puede que ya no esté protegida por leyes federales o estatales de privacidad.

Cliente: \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_