AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

I hereby authorize the City of Kerrville, Texas to disclose my individually identifiable health information as described below. I understand that this authorization is voluntary and I may refuse to sign this authorization. I further understand that neither my health care nor the payment of my health care will be affected if I do not sign this form.

I understand that if the recipient authorized to receive the information is not a covered entity, e.g. insurance company or non-healthcare provider, the released information may no longer be protected by federal and state privacy regulations. I understand that the specified information to be released may include, but is not limited to: history, diagnoses and/or treatment of drug or alcohol abuse, mental illness or communicable diseases including Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS).

I understand that this authorization will expire one (1) year from the date of signature or at the date or event specified here _____(expiration date/event).

I further understand that I may revoke this authorization at any time by notifying, in writing, the City of Kerrville, Texas Fire/EMS Department. I also understand the revocation must be signed and dated with a date that is later than the date on this authorization. The revocation will not affect any releases made prior to the receipt of the written revocation.

I understand there is a charge for photocopies and records provided on electronic media, as permitted by Texas law, unless copies are sent directly to another healthcare provider.

Patient Name	Last 4 of SSN	Date of Birth	Date of Service
Street Address City, State, Zip		Telephone Number	

The information will be released to: ☐ Patient/Designee ☐ Healthcare Entity ☐ Insurance Company ☐ Attorney ☐ Other

Individual/Organization Name		Telephone Number
Street Address	City, State, Zip	Fax Number

Purpose of the use and/or disclosure: ☐ Continued Care ☐ Legal ☐ Insurance ☐ Personal Use ☐ Other _____
Record copy format: ☐ Paper ☐ CD ☐ _____
Record copy delivery: ☐ Pick-up ☐ Mail ☐ Fax to healthcare off. ☐ Email _____
If emailed choose one: ☐ Encrypted ☐ Unencrypted
The health information will be sent by encrypted email unless I specify otherwise. By requesting unencrypted email, I acknowledge that there is some risk that health information could be accessed by a third party.

INFORMATION TO BE RELEASED:
☐Medication ☐Billing Record ☐ Patient Care Report ☐Other:_____

By typing my name below, I certify that this information can be used for the purpose of processing my Authorization for Release of Medical Information request. I consider this as my electronic signature for this request.

_____ _____
Signature of Patient or Legal Representative Date

_____ _____
Printed Name of Patient or Legal Representative Relationship to Patient

_____
Representative's Authority to Act for Patient (attach supporting documentation)

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Por la presente autorizo a la Ciudad de Kerrville, Texas, a divulgar mi información de salud de identificación individual como se describe a continuación.
Entiendo que esta autorización es voluntaria y puedo negarme a firmar esta autorización. Además, entiendo que ni mi atención médica ni el pago de mi atención médica se verán afectados si no firmo este formulario.

Entiendo que, si el destinatario autorizado para recibir la información no es una entidad cubierta, por ejemplo, una compañía de seguros o un proveedor que no sea de atención médica, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las regulaciones de privacidad federales y estatales. Entiendo que la información especificada a ser divulgada puede incluir, pero no se limita a: historial, diagnósticos y / o tratamiento del abuso de drogas o alcohol, enfermedades mentales o enfermedades transmisibles, incluido el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Entiendo que esta autorización expirará un (1) año a partir de la fecha de firma o en la fecha o evento especificado aquí _____(fecha de caducidad /evento).

Además, entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando, por escrito, al Departamento de Bomberos / EMS de la Ciudad de Kerrville, Texas. También entiendo que la revocación debe estar firmada y fechada con una fecha posterior a la fecha de esta autorización. La revocación no afectará a las liberaciones realizadas antes de la recepción de la revocación por escrito.

Entiendo que hay un cargo por fotocopias y registros proporcionados en medios electrónicos, según lo permitido por la ley de Texas, a menos que las copias se envíen directamente a otro proveedor de atención médica.

Nombre del paciente	Últimos 4 de SSN	Fecha de nacimiento	Fecha de servicio
Dirección Ciudad , Estado, Código Postal		Número de teléfono	

La información se divulgará a: ☐ Paciente/Designado ☐ Entidad de Atención Médica ☐ Compañía de Seguros ☐ Abogado ☐ Otros

Nombre de la persona/organización		Número de teléfono
Dirección	Ciudad, Estado, Código postal	Número de fax

Propósito del uso y/o divulgación: ☐ Atención Continuada ☐ Seguro Legal ☐ ☐ Uso Personal ☐ Otro _____
Formato de copia de registro: ☐ Papel ☐ CD ☐ _____

Entrega de copias de registro: ☐ Recogida ☐ correo ☐ fax a atención médica apagado. ☐ Correo electrónico

Si se envía por correo electrónico, elija uno: ☐ Cifrado ☐ Sin cifrar _____
La información de salud se enviará por correo electrónico cifrado a menos que especifique lo contrario. Al solicitar un correo electrónico sin cifrar, reconozco que existe cierto riesgo de que un tercero pueda acceder a la información de salud.

INFORMACIÓN QUE SE PUBLICARÁ:

☐Medicación ☐Registro de facturación ☐ Informe de atención al paciente ☐ Otros: _____

Al escribir mi nombre a continuación, certifico que esta información se puede utilizar con el fin de procesar mi solicitud de Autorización para la Divulgación de Información Médica. Considero esto como mi firma electrónica para esta solicitud.

_____ _____
Firma del paciente o representante legal Fecha

_____ _____
Nombre impreso del paciente Relación representativa legal con el paciente

_____
Autoridad del representante para actuar en nombre del paciente (adjuntar documentación de respaldo)