



family wellness center

THE UNIVERSITY OF TEXAS AT AUSTIN SCHOOL OF NURSING

2901 N. IH 35, Ste 101 □ Austin, TX 78722
512-232-3900 • (fax) 512-471-1455

AUTORIZACION para la liberación de registros médicos

Yo autorizo la siguiente información de salud protegida a ser liberada de la historia clínica de:

Apellido(Escriba en letra de imprenta.) Nombre (Escriba en letra de imprenta) Fecha de Nacimiento

Dirección Ciudad/Estado Codigo Postal

Numero(s) de telefono Fecha de Hoy

Purpose of Disclosure:

- At the request of the individual.
- Other (DESCRIBE REASON FOR DISCLOSURE) _____

Method of release: Mail Fax Pick-up

RELEASE RECORDS: <input type="checkbox"/> From <input type="checkbox"/> To	RELEASE RECORDS: <input type="checkbox"/> From <input type="checkbox"/> To
The University of Texas at Austin School of Nursing	
Family Wellness Center	
2901 N. IH 35, Ste 101, Austin TX 78722	
512-232-3900	
512-471-1455 fax	

Yo entiendo que en la medida de todos los destinatarios de esta información, tal como se señala más arriba, no es una "entidad cubierta" en virtud de Texas Federal o la ley de privacidad, la información no podrán ser protegidos por la Federal y la ley de privacidad de Texas una vez que se divulga hasta el receptor y Por lo tanto, puede estar sujeto a volver a la divulgación por parte del destinatario.

TO BE RELEASED

<input type="checkbox"/> History and Physical	<input type="checkbox"/> Discharge summary	<input type="checkbox"/> Growth charts
<input type="checkbox"/> Laboratory results	<input type="checkbox"/> Imaging reports	<input type="checkbox"/> Psychiatric Evals/Tests
<input type="checkbox"/> ER Records	<input type="checkbox"/> Immunizations	<input type="checkbox"/> All records
<input type="checkbox"/> EEG, EKG	<input type="checkbox"/> Pathology reports	<input type="checkbox"/> Other

Yo entiendo que:

_____ Esta autorización es válida por un período de seis meses a menos que yo notifique de otra manera la FWC.

_____ Puedo revocar la autorización, excepto en la medida en que la instalación ha adoptado medidas con anterioridad a la recepción de la notificación de la revocación o la autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro.

_____ Esta información puede contener, y yo consentimiento, liberación de información, incluyendo el alcohol y las drogas, los malos tratos, psiquiátrica y pruebas de detección del VIH información _____ (iniciales)

La firma del paciente (si o representante legal de la autoridad estatal para actuar)

FECHA

NOMBRE EN LETRAS DE IMPRENTA



family wellness center

THE UNIVERSITY OF TEXAS AT AUSTIN SCHOOL OF NURSING

2901 N. IH 35, Ste 101 □ Austin, TX 78722
512-232-3900 • (fax) 512-471-1455

El consentimiento verbal para la divulgación de información sobre la salud

Patient:

I _____ authorize _____ or
PRINT NAME OF PATIENT NAME OF FWC STAFF MEMBER

designee to disclose the following protected health information to:

PERSON TO WHOM INFORMATION IS TO BE DISCLOSED

PHONE NUMBER

RELATIONSHIP TO PATIENT

Brief Summary of Information to be Released:

- Visits Regarding: _____
- Exclusion, if any: _____
- Expiration Date of Authorizations, if any: _____

I may revoke this authorization in writing at any time, except to the extent that the FWC has already relied on the authorization.

PATIENT'S SIGNATURE

DATE

Patient Identification Verified by:

FWC STAFF SIGNATURE

DATE

If mailing or faxing form, please include a copy of a photo ID.

Mail to: Family Wellness Center
The University of Texas at Austin
School of Nursing
2901 N. IH 35
Austin, TX 78722

Fax to: 512-471-1455

El consentimiento verbal para la divulgación de información sobre la salud



family wellness center

THE UNIVERSITY OF TEXAS AT AUSTIN SCHOOL OF NURSING

2901 N. IH 35, Ste 101 □ Austin, TX 78722
512-232-3900 • (fax) 512-471-1455

Patient:

I _____ authorize _____ or
PRINT NAME OF PATIENT NAME OF FWC STAFF MEMBER

designee to disclose the following protected health information to:

PERSON TO WHOM INFORMATION IS TO BE DISCLOSED

PHONE NUMBER

RELATIONSHIP TO PATIENT

Brief Summary of Information to be Released:

- Visits Regarding: _____
- Exclusion, if any: _____
- Expiration Date of Authorizations, if any: _____

I may revoke this authorization in writing at any time, except to the extent that the FWC has already relied on the authorization.

PATIENT'S SIGNATURE

DATE

Patient Identification Verified by:

FWC STAFF SIGNATURE

DATE

If mailing or faxing form, please include a copy of a photo ID.

Mail to: Family Wellness Center
The University of Texas at Austin
School of Nursing
2901 N. IH 35 Suite 101
Austin, TX 78722

Fax to: 512-471-1455