



West Houston Clinic

19333 Clay Road
Katy, TX 77449
(713) 462-6555

Hillendahl Clinic

1615 Hillendahl Blvd. Suite 100
Houston, TX 77055
(713) 462-6565

Pitner Clinic

8575 Pitner Road
Houston, TX 77080
(713) 462-6545

WholeLife Clinic

1839 Jacquelyn Road Suite 101
Houston, TX 77055
(713) 231-5767

Katy Clinic

5502 1st Street
Katy, TX 77493
(713) 231-5757

Cy-Fair Clinic

7777 Westgreen Blvd.
Cypress, TX 77433
(713) 387-7180

Authorization for Release of Healthcare Information

Patient Name: _____ D.O.B. ____/____/____

I _____ authorize Spring Branch Community Health Center to:

Release to:

Name: _____

Address: _____

City, State Zip: _____

Phone: _____

Fax: _____

Obtain from:

Name: _____

Address: _____

City, State Zip: _____

Phone: _____

Fax: _____

The following information:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Complete Record | <input type="checkbox"/> Emergency Room Records | <input type="checkbox"/> Operative Report | <input type="checkbox"/> Immunization Record |
| <input type="checkbox"/> Itemized Bill | <input type="checkbox"/> Pathology Report | <input type="checkbox"/> Discharge Summary | <input type="checkbox"/> Clinic Visit |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapy Note* | <input type="checkbox"/> Lab Report | <input type="checkbox"/> Other (Specify): _____ | |

**If this box is checked, no other box may be checked*

For the purpose of:

- Treatment or Consult
 Billing or Claims Payment
 Patient's Request
 Requested for Government Benefit
 Other: _____

Drug and/or alcohol abuse, and/or psychiatric, and/or HIV & AIDS records release:

I understand if my information requested above contains information in reference to drug or/and alcohol abuse, psychiatric care, sexually transmitted disease, HIV, AIDS, Hepatitis B or C testing, and/or sensitive information, I agree to its release. Check one: Yes No

Re-disclosure:

I understand that the information disclosed by this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer be protected by the Health Insurance Portability and Accountability Act 1996. This facility, its employees, officers and physicians are hereby released from any legal responsibility or liability for disclosure of the above information to the extent indicated and authorized herein.

This authorization will expire on the following date _____ or 180 days from the date of signature. I understand that this authorization may be revoked by the person giving the authorization by written and dated notice to Spring Branch Community Health Center, except to the extent that disclosure of information has been made prior to receipt of the revocation by Spring Branch Community Health Center.

Signature of patient or personal representative who may request disclosure: I understand that I do not have to sign this authorization and my treatment or payment for services will not be denied if do not sign this form unless specified above under Purpose of Request. I can inspect or copy the protected health information to be used or disclosed.

Patient's Signature: _____ Date ____/____/____

Authority to Sign (if not patient): _____ Date ____/____/____

Witness Signature: _____ Date ____/____/____



West Houston Clinic
19333 Clay Road
Katy, TX 77449
(713) 462-6555

Pitner Clinic
8575 Pitner Road
Houston, TX 77080
(713) 462-6545

Katy Clinic
5502 1st Street
Katy, TX 77493
(713) 231-5757

Hillendahl Clinic
1615 Hillendahl Blvd. Suite 100
Houston, TX 77055
(713) 462-6565

WholeLife Clinic
1839 Jacquelyn Road Suite 101
Houston, TX 77055
(713) 231-5767

Cy-Fair Clinic
7777 Westgreen Blvd.
Cypress, TX 77433
(713) 387-7180

Autorización para la divulgación de información de atención médica

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Yo _____ Autorizo a Spring Branch Community Health Center a:

Divulgar a:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Obtener de:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

La siguiente información:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Registro completo | <input type="checkbox"/> Registros de la sala de emergencias | <input type="checkbox"/> Informe Operativo | <input type="checkbox"/> Cartilla de vacunación |
| <input type="checkbox"/> Cuenta detallada | <input type="checkbox"/> Informe de patología | <input type="checkbox"/> Resumen de dada de alta | <input type="checkbox"/> Visita a la clínica |
| <input type="checkbox"/> Nota de psicoterapia* | | <input type="checkbox"/> Reporte de laboratorio | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ |

** Si esta casilla está marcada, no se puede marcar ninguna otra casilla*

Con el fin de:

_____ Tratamiento o consulta _____ Facturación o pago de reclamos _____ Solicitud del paciente
 _____ Solicitado para beneficio gubernamental _____ Otro:

Divulgación de registros médicos relativos al abuso de drogas y/o alcohol, atención psiquiátrica y/o de registros de VIH y SIDA:

Entiendo que si mi información solicitada anteriormente contiene información con referencia al abuso de drogas y/o alcohol, atención psiquiátrica, enfermedades de transmisión sexual, VIH, SIDA, pruebas de hepatitis B o C, y/o información confidencial, acepto su divulgación. **Marque una casilla: · Sí · No**

Nueva divulgación:

Entiendo que la información divulgada por esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996. Este establecimiento, sus empleados, funcionarios y médicos quedan exentos de toda responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento.

Esta autorización vencerá en la siguiente fecha _____ o 180 días a partir de la fecha de la firma. Entiendo que esta autorización puede ser revocada por la persona que otorga la autorización mediante notificación escrita y con fecha al Spring Branch Community Health Center, excepto en la medida en que la divulgación de información se haya realizado antes de la recepción de la revocación por parte del Spring Branch Community Health Center.

Firma del paciente o representante personal que puede solicitar la divulgación: Entiendo que no tengo que firmar esta autorización y que mi tratamiento o pago por los servicios no serán denegados si no firmo este formulario a menos que se especifique anteriormente en el Propósito de la solicitud. Puedo inspeccionar o copiar la información médica protegida que se utilizará o divulgará.

Firma del paciente: _____ Fecha: ____/____/____

Persona autorizada para firmar (si no es el paciente): _____ Fecha: ____/____/____

Firma del testigo: _____ Fecha: ____/____/____

Spring Branch Community Health Center - Medical Records
800 West Sam Houston Pkwy S., Suite 200, Houston, TX 77042
Fax: 832-831-5369