TEJAS HEALTH CARE

1-844-TEJAS-4-U
WWW.TEJASHEALTHCARE.ORG

890 E. Travis Street
La Grange, TX 78945

275 Ellinger Road
La Grange, TX 78945

185 Decker Drive
Giddings, TX 78942

AUTHORIZATION TO RELEASE OR REQUEST MEDICAL RECORDS OR PROTECTED HEALTH INFORMATION

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

Address: _____ City/State/ZIP: _____

PLEASE CHECK ONE:

___ I request that TEJAS HEALTH CARE release my records to the following person or facility:

___ I request that the facility below release my records to TEJAS HEALTH CARE:

Name: _____

Address: _____ City/State/ZIP: _____

Phone Number: _____ Fax: _____

Please send records to (Circle One):

Tejas Health Care
ATTN: Medical Records
185 Decker Drive
Giddings, TX 78942
P: 1-844-835-2748
F: 979-542-1500

Tejas Health Care
ATTN: Medical Records
890 E. Travis Street
La Grange, TX 78945
P: 1-844-835-2748
F: 979-968-2001

Check **YES** or **NO** to the information that can be disclosed. (I understand that the information in my health record may include information relating sexually transmitted diseases, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), or human immunodeficiency virus (HIV). It may also include information about behavioral health or mental health services, and treatment for alcohol and drug abuse.)

___ YES ___ NO	Medical History	___ YES ___ NO	Lab Reports
___ YES ___ NO	Imaging Reports	___ YES ___ NO	Progress Notes
___ YES ___ NO	Immunizations	___ YES ___ NO	Financial Information
___ YES ___ NO	Behavioral Health	___ YES ___ NO	Substance Abuse
___ YES ___ NO	Other:		

Purpose of Request: At the request of the individual for Continuity of Care

THIS AUTHORIZATION EXPIRES 180 DAYS FROM THE DATE SIGNED BELOW

This form was read by me or was read to me and I understand its meaning. I have the right to revoke this authorization in writing at any time except to the extent that action has been taken in reliance upon it. I understand that when this information is used or disclosed pursuant to this authorization, it may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected. I hereby release and hold harmless the above named facility and its parent company from all liability and damages resulting from the lawful release of Protected Health Information.

_____ _____

Signature of Patient or Authorized Representative Date

Relationship to Patient: _____

TEJAS HEALTH CARE

1-844-TEJAS-4-U
WWW.TEJASHEALTHCARE.ORG

890 E. Travis Street
La Grange, TX 78945

275 Ellinger Road
La Grange, TX 78945

185 Decker Drive
Giddings, TX 78942

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR O SOLICITAR REGISTROS MÉDICOS O INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Cuidad/Estado/Código Postal: _____

POR FAVOR MARQUE UNO:

___ Solicito que TEJAS HEALTH CARE libere mis registros a la persona o las instalaciones siguientes:

___ Solicito que la instalación o persona a continuación libere mis registros a TEJAS HEALTH CARE:

Nombre: _____

Dirección: _____ Cuidad/Estado/Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Fax: _____

Por favor envíe los registros a:

Tejas Health Care
ATTN: Medical Records
185 Decker Drive
Giddings, TX 78942
P: 1-844-835-2748
F: 979-542-1500

Tejas Health Care
ATTN: Medical Records
890 E. Travis Street
La Grange, TX 78945
P: 1-844-835-2748
F: 979-968-2001

Marque **SÍ** o **NO** a la información que se puede divulgar. (Entiendo que la información en mi registro de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de la salud mental y tratamiento para el alcohol y abuso de drogas.)

___ SÍ ___ NO	Historia Médica	___ SÍ ___ NO	Reportes Laboratorios
___ SÍ ___ NO	Informes de Imágenes	___ SÍ ___ NO	Notas de Progreso
___ SÍ ___ NO	Vacunas	___ SÍ ___ NO	Información Financiera
___ SÍ ___ NO	Salud del Comportamiento	___ SÍ ___ NO	Abuso de Sustancias
___ SÍ ___ NO	Otro:		

Motivo de la solicitud: A petición de la persona para la Continuidad de Cuidado

ESTA AUTORIZACIÓN EXPIRA 180 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA FIRMADA A CONTINUACIÓN

Este formulario fue leído por mí o me lo leyeron y entiendo su significado. Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado la decisión de confiar en ella. Entiendo que cuando esta información se usa o divulga de acuerdo con esta autorización, puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida. Por la presente, libero y eximo de toda responsabilidad y daños a los establecimientos mencionados anteriormente y a su compañía matriz, como consecuencia de la divulgación legal de información médica protegida.

_____ _____

Firma del Paciente o Representante Autorizado Fecha

Relación al Paciente: _____