



**Authorization to Release Protected Health Information
Autorización Para Divulgar Información Protegida Sobre la Salud**

Patient Name Nombre del paciente		Date Of Birth Fecha de nacimiento	Social Security Number Nº de seguro social
<input type="checkbox"/> 928 N. Glenwood Blvd • Tyler, TX 75702 Phone (903) 535-9041 • Fax (903) 533-0726		<input type="checkbox"/> 510 E. Commerce • Jacksonville, TX 75766 Phone (903) 535-9041 • Fax (903) 541-2705	
<input type="checkbox"/> 214 E. Houston • Tyler, TX 75702 Phone (903) 593-1892 • Fax (903) 533-1747		<input type="checkbox"/> 2990 N. Broadway • Tyler, TX 75702 Phone (903) 593-1892 • Fax (903) 592-3886	
Release of Information Divulgación de datos To <input type="checkbox"/> From <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> De <input type="checkbox"/>	Facility Name Nombre de la instalación	Address: Dirección: Phone: Teléfono: Fax:	
Purpose of Release Razón de Divulgación		Information to be Released Datos a divulgar	
<input type="checkbox"/> Continued Care <input type="checkbox"/> SSI/Disability <input type="checkbox"/> Cuidado continuado <input type="checkbox"/> SSI/Discapacidad <input type="checkbox"/> Personal Use <input type="checkbox"/> Legal Attorney <input type="checkbox"/> Uso personal <input type="checkbox"/> Jurídico/abogado <input type="checkbox"/> Other – Specify: <input type="checkbox"/> Otro (especifíquelo por favor)		<input type="checkbox"/> Discharge/Record Summary <input type="checkbox"/> History/Physical Exam <input type="checkbox"/> Resumen de alta/Resumen de archivo <input type="checkbox"/> Historia/Examen físico <input type="checkbox"/> Laboratory Reports <input type="checkbox"/> Operative Reports <input type="checkbox"/> Reportes del laboratorio <input type="checkbox"/> Reportes de cirugías <input type="checkbox"/> Immunizations Records <input type="checkbox"/> Entire Record <input type="checkbox"/> Reportes de inmunizaciones <input type="checkbox"/> Archivo completo <input type="checkbox"/> Prenatal Care Records <input type="checkbox"/> Reportes de cuidado prenatal <input type="checkbox"/> Other/Otros:	

By signing below, I release Tyler Family Circle of Care Clinic, its employees, officers, and physicians from any legal responsibility or liability for disclosure of the information identified for release. Any use of this information other than for the purpose(s) stated is expressly prohibited without my written consent. I understand that I may revoke this Authorization at any time, except for actions already taken in good faith. Otherwise, it will expire ninety (90) days from the date of my signature.

Por firmarme abajo, descargo a la clínica Tyler Family Circle of Care, sus empleados, directores y médicos de toda y cualquier responsabilidad jurídica relacionada a la divulgación de los datos identificados en esta Autorización. Se prohíbe explícitamente el uso de esta información por cualquier razón que no sea de los propósitos declarados aquí, sin mi consentimiento previo, por escrito. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto cuanto a acciones ya realizadas en buena fe. De otra forma, esta autorización se vencerá noventa (90) días de la fecha de su ejecución.

Patient Signature (required) Firma (obligatorio)			Patient Signature
Printed Name of Person Signing (If not patient) Nombre del firmante (si no es el paciente)			Date signed (required) Fecha (obligatorio)
Mailing Address of Patient Dirección de correos del paciente			Phone Teléfono
City Ciudad	State Estado	Zip Code Código postal	Witness Signature Date signed (required) Fecha (obligatorio)
Witness Signature (required) Firma del testigo (obligatorio)			