



HIPAA Compliant Authorization For Release Of Medical Information

The medical records cannot be released until this form is completed and signed by the Patient or legal guardian.

Please Print

Patient's Name: _____ Date of Birth _____

Address: _____
City State Zip Code

I hereby authorize _____

Address _____
City State Zip Code

Please release records to: Advanced Institute for Women's Health, P.A.
Dr. José Vázquez-Vicente
4151 Loop 20, Ste. 101-C Laredo, TX 78041
(956) 712-2229 Fax (956)712-2237

Information to be released: Complete medical record including, progress notes, labs, ultrasounds and any pertinent information contained in the health records.

Conditions of Authorization

I may revoke this authorization in writing. If I do, it will not affect any previous actions already taken in reliance upon my authorization. I may not be able to revoke this authorization if it's purpose was to obtain insurance. I may revoke this authorization by writing a letter and mailing it certified mail, return receipt requested, to the Privacy Officer at the healthcare provider listed above. Information used to disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer protected by federal privacy regulations. This authorization is valid for 90 days for the release of information as indicated above. Only records from this facility can legally be released. Any records from other physicians must be obtained from them.

Patient Signature Date

Parent/Guardian Date

Witness Signature Date

Physician Signature Date



Autorización Para Divulgar Información Médica

Su información o expediente médico no será obtenido o divulgado sin la firma del paciente o su representante legal.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Autorizo a divulgar toda información de mi expediente médico incluyendo notas del progreso clínico, laboratorios, estudios radiográficos y sonográficos, y cualquier otra información incluida en mi expediente médico.

Envíe mi información médica a:

Advanced Institute for Women's Health, P.A.
 Dr. José Vázquez-Vicente
 4151 Loop 20, Ste. 101-C Laredo, TX 78041
 (956) 712-2229 Fax (956)712-2237

Entiendo que:

- Al firmar este formulario, autorizo el uso o la revelación de información de salud protegida como se indicó anteriormente.
- Puedo negarme a firmar esta autorización, lo cual no afectará mi tratamiento ni pago de la atención de salud.
- Puedo revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento antes de que revelen la información que he solicitado mediante una notificación de revocación por escrito, como se especificó en el Aviso sobre las Prácticas de Privacidad.
- Si la parte que recibe la información no está sujeta a las leyes sobre la privacidad de expedientes médicos, el destinatario puede volver a revelar la información y la ley federal o estatal puede no protegerla más. El Centro Médico de la Universidad de Columbia no se hará responsable de ninguna consecuencia que sea resultado de una nueva revelación.
- Si la información para divulgar contiene algún dato sobre el VIH/SIDA se solicitará una autorización adicional de HIPAA para divulgar información médica.
- Los registros de consumo de sustancias controladas o de bebidas alcohólicas, salud mental o psiquiatría pueden tener requisitos de conformidad adicionales que se deben cumplir antes de que se pueda divulgar la información.

Firma del paciente y Fecha

Firma del Médico y Fecha

Si el paciente mencionado anteriormente es un menor de edad o no puede firmar y usted es el padre/la madre, el tutor legal o la persona que lo representa firmando en nombre de este paciente, por favor, firme a continuación y complete la siguiente información:

Nombre en letra de molde Relación con el paciente