

Patient ID: _____
Provider: _____
Site: _____



HEALTH SERVICES
—OF NORTH TEXAS—
Medical Care for You

Medical Records Fax Number
(940) 220-7995

Authorization for Release of Information

I authorize Health Services of North Texas to **release / obtain (circle one)** **medical information concerning:**

Patient Name: _____ DOB: _____ Contact Number: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zipcode: _____

Dates of Service: _____

This information is to be **released to / obtained from (circle one):**

Name/Company: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zipcode: _____

Phone Number: _____ Fax Number: _____

Specific information to be released:

- ☐ Nurses' notes & admission assessment ☐ Physician's progress notes/consult reports ☐ Physician's H&P & discharge report
☐ Electrocardiograms & dictated results ☐ Laboratory results ☐ Medical imaging dictated results
☐ Medication administration records ☐ Immunization Records
☐ Other _____

This information is necessary for the following purposes: (*Indicates possible fee for service)

- ☐ Follow-up Care ☐ Patient is requesting disclosure** ☐ Disability Benefits* ☐ Attorney*
☐ Other*: _____

Information to be released via: ☐ Fax ☐ Mail ☐ Pick-up ☐ Email _____

This authorization is effective immediately and shall remain in effect for one year. I understand that the request may not further use or disclose medical information unless I authorize such further use or disclosure or unless such use is specifically required or permitted by law. I understand that the specific information to be released may include, but is not limited to: history, diagnosis and/or treatment of drug or alcohol abuse, mental illness, or communicable diseases, including HIV/AIDS. I authorize the release of this specific data. I also understand that this authorization may be revoked by me by a written and dated notice, except to the extent disclosure has been made prior to receipt of the revocation.

I have read and understand this consent, and I have signed it voluntarily and of my own free will.

Signature of Patient or Authorized Personal Representative Relationship to Patient Date

Authorized Personnel Only

Date Received: _____ Completed by: _____

Date Processed: _____ Number of Pages: _____



HEALTHSERVICESNTX.ORG

HSNT Headquarters
4401 N. I-35 Suite 312
Denton, TX 76207
940-381-1501
940-566-8059 Fax

Denton Medical Center
4304 & 4308 Mesa Drive
Denton, TX 76207
940-381-1501
940-591-7830 Fax

HSNT at Serve Denton
306 N Loop 288 Suite 200
Denton, TX 76209
940-381-1501
940-591-7830 Fax

Denton South Center
3537 South I-35E Suite 210
Denton, TX 76210
940-381-1501
940-381-5249 Fax

HSNT Plano
5501 Independence Pkwy
Suite 110
Plano, TX 75023
940-381-1501
972-424-9117 Fax

Wylie Children's
Medical Clinic
303 Hwy 78 Suite 106
Wylie, TX 75098
940-381-1501
972-429-5410 Fax

Patient ID: _____
Provider: _____
Site: _____



Medical Records Fax Number
(940) 220-7995

Autorización para la divulgación de información

Autorizo a Health Services of North Texas a *divulger* / *obtener* (circule uno) información médica relacionada con:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fechas de servicio: _____ Número de teléfono: _____

Esta información se debe *divulger* / *obtener* (circule uno) de:

Nombre / Compañía: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Información específica solicitada:

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Notas de enfermeras y evaluación de admisión | ☐ Notas / reportes de progreso del medico | |
| ☐ Informe de H&P y alta del medico | ☐ Electrocardiogramas y resultados dictados | ☐ Resultados de laboratorio |
| ☐ Resultados dictados de imágenes médicas | ☐ Registros de administración de medicación | ☐ Registros de vacunas |
| ☐ Otro _____ | | |

Esta información es necesaria para los siguientes propósitos: (* Indica posible tarifa por el servicio)

- | | | | |
|--|---|---|------------------------------------|
| ☐ Atención de seguimiento | ☐ El paciente solicita la divulgación ** | ☐ Beneficios de discapacidad * | ☐ Abogado * |
| ☐ Otro*: _____ | | | |

Information to be released via: ☐ Fax ☐ Correo ☐ Recogida ☐ Correo electrónico _____

Esta autorización entra en vigencia inmediatamente y permanecerá vigente por un año. Entiendo que la solicitud no puede utilizar o divulgar esta información médica a menos que yo autorice dicho uso o divulgación posterior o a menos que tal uso sea específicamente requerido o permitido por la ley. Entiendo que la información específica que se divulgará puede incluir, entre otros: historial, diagnóstico y / o tratamiento del abuso de drogas o alcohol, enfermedades mentales o enfermedades contagiosas, incluido el VIH / SIDA. Autorizo el lanzamiento de esta información específica. También entiendo que esta autorización puede ser revocada por mí mediante una notificación escrita y fechada, excepto en la medida en que dicha divulgación se haya realizado antes del recibo de la revocación.

He leído y entiendo este consentimiento, y lo he firmado voluntariamente y por mi propia voluntad.

Firma del paciente o la parte autorizada

Fecha

Relación al paciente

Authorized Personnel Only

Date Received: _____

Completed by: _____

Date Processed: _____

Number of Pages: _____



HEALTHSERVICESNTX.ORG

HSNT Headquarters
4401 N. I-35 Suite 312
Denton, TX 76207
940-381-1501
940-566-8059 Fax

Denton Medical Center
4304 & 4308 Mesa Drive
Denton, TX 76207
940-381-1501
940-591-7830 Fax

HSNT at Serve Denton
306 N Loop 288 Suite 200
Denton, TX 76209
940-381-1501
940-591-7830 Fax

Denton South Center
3537 South I-35E Suite 210
Denton, TX 76210
940-381-1501
940-381-5249 Fax

HSNT Plano
5501 Independence Pkwy
Suite 110
Plano, TX 75023
940-381-1501
972-424-9117 Fax

**Wylie Children's
Medical Clinic**
303 Hwy 78 Suite 106
Wylie, TX 75098
940-381-1501
972-429-5410 Fax