



# TEJAS HEALTH CARE

753 E. TRAVIS ST. | 185 DECKER DR.  
LA GRANGE, TX 78945 | GIDDINGS, TX 78942

## AUTHORIZATION TO RELEASE OR REQUEST MEDICAL RECORDS OR PROTECTED HEALTH INFORMATION

Name of Patient / Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Date of Birth / Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Address / Dirección: \_\_\_\_\_

I request that TEJAS HEALTH CARE release my records to the following person or facility:  
Yo solicito que TEJAS HEALTH CARE libere mis registros a la siguiente persona o institución:

I request that the facility below release my records to TEJAS HEALTH CARE:  
Yo solicito que la institución que esta escrita libere mis registros a TEJAS HEALTH CARE:

Name/ Nombre: \_\_\_\_\_

Address/ Dirección: \_\_\_\_\_

City/ Ciudad: \_\_\_\_\_ State/ Estado: \_\_\_\_\_ Zip Code/ Código Postal: \_\_\_\_\_

Phone/ Numero de teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Please Send Records to:

Tejas Health Care  
ATTN: Medical Records  
753 E. Travis St.  
La Grange, TX 78945  
P: 979-968-2000 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 to 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)

Marque si a No a la información que puede ser liberado: (Entiendo que la información en mi registro de salud puede incluir información a la enfermedad sexualmente transmitida, a síndrome adquirido de inmunodeficiencia, o virus humano de inmunodeficiencia (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud conductual o de salud mental y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas.

- |                                   |                             |   |
|-----------------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Yes / Si | <input type="checkbox"/> No | <b>Medical History / Historia Medica</b>              |
| <input type="checkbox"/> Yes / Si | <input type="checkbox"/> No | <b>Lab Reports / Reportes laboratorios</b>            |
| <input type="checkbox"/> Yes / Si | <input type="checkbox"/> No | <b>Imaging Reports / Informes de imágenes</b>         |
| <input type="checkbox"/> Yes / Si | <input type="checkbox"/> No | <b>Progress Notes / Notas de Progreso</b>             |
| <input type="checkbox"/> Yes / Si | <input type="checkbox"/> No | <b>Immunizations / Vacunas</b>                        |
| <input type="checkbox"/> Yes / Si | <input type="checkbox"/> No | <b>Financial Information / Información Financiera</b> |
| <input type="checkbox"/> Yes / Si | <input type="checkbox"/> No | <b>Behavioral Health / Salud Conductual</b>           |
| <input type="checkbox"/> Yes / Si | <input type="checkbox"/> No | <b>Substance Abuse / Abuso de sustancias</b>          |
| <input type="checkbox"/> Yes / Si | <input type="checkbox"/> No | <b>Other / Otro</b> _____                             |

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

**THIS AUTHORIZATION EXPIRES 180 DAYS FROM THE DATE SIGNED BELOW**

**ESTA AUTORIZACION EXPIRA SE VENCE 180 DIAS A PARTIR DE LA FECHA QUE FIRMO**

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. Esta forma fue leída por mí o fue leída a mí y yo entiendo su significado. Tengo el derecho al revocar esta autorización en escrito en cualquier momento menos hasta el punto que ya este mandada la información. Entiendo que cuando esta información se usa o es revelada según esta autorización, puede ser con sujeción a re revelación per el recipiente y no está protegido. Yo por la presente libero y tengo inofensivo a la clínica de toda responsabilidad y danos que resultan de la liberación lícita de Información Protegida de Salud.

\_\_\_\_\_  
(Signature of Patient or Authorized Representative / Firma del paciente o representante autorizado)

\_\_\_\_\_  
(Date / fecha)

Relationship to Patient / Relación al Paciente: \_\_\_\_\_