



### Medical Release/Authorization Form

**Medical Authorization Form** This is a HIPAA-compliant form used for ALL releases, even those not requiring a formal authorization as such.

\_\_\_\_\_  
Patient Name Date of Birth

Information coming *from*:  
Name/Organization: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
Phone number: \_\_\_\_\_ Fax number: \_\_\_\_\_

You may disclose information *to*: **BLUEBONNET PEDIATRICS**  
**790 GENERATIONS DR., STE 215**  
**NEW BRAUNFELS, TX 78130**  
Phone number: **830-333-9533** Fax number: **877-268-6904**

You may disclose the following health care information:  
 All my health information  
 My health information relating to the following treatment or condition:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
 My health information for the dates \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
 Other \_\_\_\_\_  
 Mental Health chart release: \_\_\_\_\_

**Purpose of release of health information:** \_\_\_\_\_

Do **NOT** include information about (optional): \_\_\_\_\_

This authorization ends on the 180<sup>th</sup> day of the signing or when the following event occurs:  
\_\_\_\_\_

- I understand the information to be disclosed may include AIDS, HIV, substance abuse, or mental/behavioral health information. I may revoke this authorization in writing. If I do, this will not affect disclosures made before the revocation.
- I understand I do not have to sign this authorization in order to get treatment from Bluebonnet Pediatrics.
- I may inspect/have a copy of the information to be disclosed and/or have a copy of this authorization. I understand that there may be a charge for copies.
- If neither federal or Texas privacy laws apply to the recipient of the information, it may be re-disclosed by the recipient and no longer protected by federal or Texas privacy law. The disclosing entity is hereby released from any legal responsibility or liability for re-disclosure of the patient information on the part of the recipient.

\_\_\_\_\_  
Patient or legal representative Date

\_\_\_\_\_  
Printed name Relationship



## Medical Release/Authorization Form

---

**Formulario de Autorización.** Este documento cumple con los requisitos de formularios de HIPAA usados para TODAS las entregas de informes médicos, incluyendo aquellas que no requieran autorización formal o firma autorizada.

---

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Información proveniente **de:**

Nombre/Organización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Fax: \_\_\_\_\_

Se autoriza a entregar informes médicos **a:**

Nombre/Organización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Fax: \_\_\_\_\_

La siguiente información médica puede ser entregada:

➤ Todos mis informes médicos.

➤ Mi información médica pertinente a la siguiente condición médica o tratamiento:

\_\_\_\_\_

➤ Mis informes médicos de fecha \_\_\_\_\_ a fecha \_\_\_\_\_

➤ Otra información \_\_\_\_\_

• divulgación de la información sobre salud mental: \_\_\_\_\_

**Cual es el motivo para proporcionar esta información médica?**

\_\_\_\_\_

➤ Opcional. **NO** incluir información relacionada a: \_\_\_\_\_

Esta autorización tiene 180 días de validez a partir de la fecha y firma, o cuando ocurran las siguientes condiciones: \_\_\_\_\_

- Comprendo que la información a entregarse puede incluir lo relacionado con SIDA (AIDS), VIH (HIV), adicción o abuso de sustancias adictivas, enfermedades mentales o comportamientos/desórdenes mentales. Comprendo también que esta autorización puedo revocarla por escrito. Dicha revocatoria no aplica a informes autorizados/entregados con fecha anterior a la revocatoria.
- No es necesario que firme esta autorización para poder recibir tratamiento en Bluebonnet Pediatrics.
- Puedo leer/obtener una copia de la información a entregarse y/o obtener una copia de esta autorización. Comprendo que puede existir un cobro por las copias.
- Si ninguna ley Federal o Estatal (Texas) respecto a la privacidad de la información aplica a quien recibe esta información, la misma podrá ser distribuida por quien la recibe ahora, sin que la misma



**Bluebonnet  
Pediatrics**

### **Medical Release/Authorization Form**

se encuentre ya, protegida por leyes de privacidad Estatales (Texas) o Federales. La entidad que revela queda exonerada de cualquier responsabilidad legal para volver a la divulgación de la información del paciente por parte del recipiente.

---

Paciente o su Representante Legal

Fecha

---

Nombre

Parentesco