

PARKLAND HEALTH & HOSPITAL SYSTEM

Dallas, Texas

DALLAS COUNTY JAIL HEALTH**AUTHORIZATION FOR
RELEASE OF INFORMATION**

Patient Name: _____

Book-in Number: _____

Date of Birth: _____ Age: _____

Race: _____ Sex: _____

Jail Tower: _____ Tank: _____

AIS Number: _____

Date: _____ Time: _____

I hereby authorize Parkland Health & Hospital System (PHHS)-Dallas County Jail Health (DCJH) to release the information specified below from the medical record(s) of the above named patient.

The information shall be released to: _____ **Date of Service:** _____ From _____ to _____

Name of Person/Organization_____
Address, City, State, Zip Code_____
Phone Number_____
Fax Number**Patient information is needed for (Please select only one):**☐ Continuing Medical Care☐ Legal Purposes☐ Insurance/Billing/Claims☐ Personal Use☐ Social Security/Disability☐ Other (explain) _____**Information to be released or accessed (Please check all that apply):**☐ Consultation Reports☐ Discharge Summary☐ Emergency Room Record☐ Face Sheet☐ History and Physical☐ Laboratory Reports☐ Operative Reports☐ Pathology Reports☐ Progress Notes☐ Radiology Reports☐ Other _____**Format requested for information to be provided:**☐ Paper☐ CD (Applies only to data stored electronically if available & patient not incarcerated)**Delivery Method:**☐ Mail ☐ Pick-up ☐ Verbal☐ Fax (Healthcare Organization Only)

The patient's express authorization is required to release certain types of records, including alcohol and/or drug abuse treatment and information, communicable diseases, HIV testing and treatment, psychiatric treatment, and genetic testing. To authorize release of this information, please read and initial the information to be released:

Patient Initials I authorize the release of **alcohol and/or drug abuse** treatment and information.

Patient Initials I authorize the release of **HIV test results** and/or HIV treatment information.

Patient Initials I authorize the release of **psychiatric** information.

Patient Initials I authorize the release of **genetic testing** information.

I understand that I may revoke this authorization in writing at any time, except to the extent that PHHS/DCJH has relied on this authorization. The written revocation should be addressed to **Parkland Health & Hospital System – Dallas County Jail Health-Release of Information – 5200 Harry Hines Blvd. –Dallas, TX 75235**. Unless otherwise revoked, I understand that this authorization expires in One Hundred and Eighty (180) days from the date of signature or on _____. A copy of this authorization is considered as valid as the original.

I understand that the recipient authorized to receive the health information is not a covered entity (e.g. non-health care provider) the released information may be redisclosed and may no longer be protected by federal and state privacy regulations.

I understand that PHHS will not condition treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits based on completion of this form. I understand I may be charged a fee for copies of medical records.

Patient or Decision Making Surrogate Signature_____
Patient or Decision Making Surrogate Printed Name_____
Date_____
Time_____
Relationship to patient, if applicable_____
Interpreter Signature, if applicable_____
Interpreter Printed Name_____
ID #_____
Date_____
Time

PARKLAND HEALTH & HOSPITAL SYSTEM

Dallas, Texas

DALLAS COUNTY JAIL SALUD**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN**

Nombre del paciente: _____

Número de registro: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Raza: _____ Sexo: _____

Torre de celdas: _____ Celda comunitaria: _____

Número AIS:: _____

Fecha: _____ Hora:: _____

Por el presente autorizo a Parkland Health & Hospital System (PHHS)-Dallas County Jail Health (DCJH) a divulgar la información que se especifica a continuación perteneciente al(a los) registro(s) médico(s) del paciente que antes mencionado.

Se debe divulgar la información a: _____ **Fecha del servicio:** _____ Desde _____ hasta _____

Nombre de la persona/organización

Dirección, Ciudad, Estado, Código postal

Número de teléfono

Número de fax

La información del paciente se necesita para (*Elija solo una opción*):☐ Atención médica continua☐ Propósitos legales☐ Seguro/Facturación/Reclamos☐ Uso personal☐ Seguro social/Incapacidad☐ Otro (explique) _____**Información a divulgar o a la que se debe acceder (*Marque todas las que correspondan*):**☐ Informes de consultas☐ Resumen de alta☐ Registro de la sala de emergencias☐ Resumen de expediente clínico☐ Antecedentes y examen físico☐ Informes de laboratorio☐ Informes de operaciones☐ Informes patológicos☐ Notas de progreso☐ Informes radiológicos☐ Otros _____**Formato solicitado en que se debe proporcionar la información:**☐ Impresa☐ CD (*Sólo se aplica a los datos almacenados electrónicamente si están disponibles y el paciente no está encarcelado*)**Método de envío:**☐ Correo ☐ Se retira ☐ Verbal☐ Fax (Solo para organizaciones de salud)

Se necesita la autorización expresa del paciente para divulgar ciertos tipos de registros, incluso sobre la información y el tratamiento por abuso de alcohol y/o drogas; enfermedades contagiosas, análisis y tratamiento del VIH; tratamiento psiquiátrico y pruebas genéticas. Para autorizar la divulgación de dicha información, lea y coloque las iniciales en la información a divulgar.

Iniciales del paciente

Autorizo la divulgación sobre información y tratamiento por **abuso de alcohol y/o drogas**.

Iniciales del paciente

Autorizo la divulgación de los **resultados del análisis de VIH** y/o información sobre el tratamiento del VIH.

Iniciales del paciente

Autorizo la divulgación de la información **psiquiátrica**.

Iniciales del paciente

Autorizo la divulgación de la información sobre las **pruebas genéticas**.

Comprendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que PHHS/DCJH se base en la presente autorización. La revocación por escrito se debe enviar a **Parkland Health & Hospital System – Dallas County Jail Salud-Release of Information – 5200 Harry Hines Blvd. –Dallas, TX 75235**. Salvo que se revoque, comprendo que la presente autorización caduca dentro de los ciento ochenta (180) días a partir de la fecha de la firma o el _____. Una copia de esta autorización se considerará tan válida como el original.

Entiendo que el receptor autorizado a quien se le enviará la información de salud no es una entidad cubierta (por ej., un proveedor de atención no médica), por lo que es posible que la información divulgada se divulgue nuevamente y ya no se considere protegida por los reglamentos sobre privacidad federales y estatales.

Comprendo que PHHS no condiciona el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir los beneficios basándose en que se complete o no este formulario. Entiendo que pueden cobrarme una tarifa por las copias de los registros médicos.

Firma del paciente o del sustituto para la toma de decisiones

Nombre en imprenta del paciente o del sustituto para la toma de decisiones

Fecha

Hora

Relación con el paciente, si corresponde

Interpreter Signature, if applicable

Interpreter Printed Name

ID #

Date

Time