

**Authorization for Release of Information
Media, Marketing and Educational Use**

I hereby authorize the Harris Health System to use or disclose the following information. This authorization is voluntary and Harris Health System will not be making payments of any kind. If I refuse to participate, my refusal will not affect my ability or that of my dependent(s) to receive health care from Harris Health System. I understand Harris Health System IS NOT receiving payment of any kind from any source for the use of my information. I understand that once my information is disclosed, it may be re-disclosed by the recipient and no longer protected by federal or state privacy laws. I hereby release Harris Health System, its governing board, administrators, employees and affiliating physicians from any legal liability for disclosure of my health information or that of my dependent(s) as permitted by this authorization.

A Harris Health System representative or designee fills out the shaded area as directed by the patient or patient's representative:

Patient's Name: _____ D/O/B: _____

Address: _____ City: _____ State: _____

Telephone: _____ Medical Record Number: _____

Information to be released – Covering the period of healthcare:

From (Date) _____ To (Date) _____

Date of release expiration (if desired): _____**Type of patient information:** *Check where appropriate*Nature of injury or illness: _____ Nature of treatment: _____ Recordings (*Any and all recordings, including, but not limited to videotapes, photographs, or electronic, digital or audio recordings*): _____

If other, please explain: _____

Reason for request: *Check where appropriate*

Media: _____ Marketing: _____ Educational: _____ If other, please explain: _____

My health information may be disclosed to:

Name: _____ Organization/Media: _____

Drug and Alcohol Use, Psychiatric, and/or HIV/AIDS Information Release:

I understand that this information may contain reference(s) to drug and/or alcohol use, psychiatric care, sexually transmitted disease, HIV/AIDS, Hepatitis B or C testing, and/or other sensitive information and I specifically authorize its release. *Check one:* Yes _____ No _____

Expiration/Withdrawal of Authorization:

This authorization will expire on December 31, _____ (20 years from the year this document was signed), unless the patient is a minor, in which case this authorization will expire when the patient turns 18 years of age. I understand that this authorization may be revoked by me or my personal representative by written and dated notice. To withdraw, I will write to: Harris Health System HIM/Medical Records, Authorization Withdrawal P.O. Box 66769, Houston, TX 77266--6769.

Signature: _____ Date: _____

Witness: _____ Date: _____

If a personal representative signs on behalf of the individual, complete the following:

Representative's Name: _____ Relationship: _____

Autorización para divulgación de información**Para uso de medios, marketing y educativo**

Por la presente autorizo a Harris Health System a usar o divulgar la siguiente información. Esta autorización es voluntaria y Harris Health System no efectuará ningún pago de ningún tipo. Si me rehúso a participar, mi negativa no afectará mi capacidad o la de las personas que tengo a mi cargo de recibir asistencia médica de parte de Harris Health System. Comprendo que Harris Health System **NO** recibe pago alguno de ninguna fuente por el uso de mi información. Comprendo que una vez que mi información se divulgue, puede volver a divulgarse por quien la recibe y ya no estará protegida por las leyes de privacidad estatales o federales. Por la presente eximo a Harris Health System, su consejo directivo, administración, empleados y médicos afiliados de cualquier responsabilidad legal por la divulgación de mi información médica o la de aquellas personas a mi cargo según lo permitido por esta autorización.

Un representante de Harris Health System o persona designada deberá completar el área sombreada como lo indique el paciente o el representante del paciente:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Teléfono: _____ Número de registro médico: _____

Información para divulgar – que cubre el período de atención médica:

Desde (fecha) _____ hasta (fecha) _____

Fecha en que vence la divulgación (*si se desea*): _____**Tipo de información del paciente:** *Marque donde corresponda*Naturaleza de la lesión o enfermedad: _____ Naturaleza del tratamiento: _____ Registros (*todos los registros, entre los que se incluyen cintas de video, fotografías, o registros electrónicos, digitales o de audio*): _____

Si existen otros, explique: _____

Motivo de solicitud: *Marque donde corresponda*

Medios: _____ Marketing: _____ Uso educativo: _____ Si existen otros, explique: _____

Mi información médica puede divulgarse a:

Nombre: _____ Organización/Medio: _____

Divulgación de información sobre uso de alcohol y drogas, información psiquiátrica o información sobre VIH/SIDA:

Comprendo que esta información puede contener referencias al uso de drogas o alcohol, atención psiquiátrica, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, pruebas de hepatitis B o C, u otra información sensible, y autorizo específicamente la divulgación de dicha información. *Marque una opción.* Sí _____ No _____

Vencimiento/Retiro de la autorización:

Esta autorización vencerá el 31 de diciembre de _____ (20 años desde el año en que se firme este documento), a menos que el paciente sea menor, en cuyo caso esta autorización vencerá cuando el paciente cumpla los 18 años de edad. Comprendo que esta autorización puede ser revocada por mí o por mi representante personal mediante notificación escrita y fechada. Para retirar mi autorización, escribiré a: Harris Health System HIM/Medical Records, Authorization Withdrawal P.O. Box 66769, Houston, TX 77266--6769.

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Si un representante personal firma en nombre del individuo, complete lo siguiente:

Nombre del representante: _____ Relación: _____