



HEALTH INFORMATION MANAGEMENT DEPARTMENT

METHODIST DALLAS MEDICAL CENTER
1441 N. Beckley Ave Dallas, Texas 75203
214-947-2800 Fax 214-947-7632

METHODIST CHARLTON MEDICAL CENTER
3500 W. Wheatland Rd, Dallas, Texas 75237
214-947-7600 Fax 214-947-7632

METHODIST MANSFIELD MEDICAL CENTER
2700 E. Broad St, Mansfield, Texas 76063
882-242-6120 Fax 214-947-7632

METHODIST RICHARDSON MEDICAL CENTER
2831 E. President George Bush Hwy Richardson, Texas 75082
469-204-0500 Fax 947-7632

AUTHORIZATION TO DISCLOSE HEALTH INFORMATION
AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION MEDICA

Name of Patient/Nombre del Paciente:

Address/Dirección:

City & State/Ciudad y Estado: Zip Code/Código Postal:

Home Phone/Teléfono del Domicilio: Work Phone/Teléfono del Trabajo:

Date of Birth/Fecha de Nacimiento: Age/Edad: Sex/Sexo:

Social Security #/No. del Seguro Social: Medical Record #/No. de Expediente Médico:

Date of Admission/Fecha de Ingreso: Date of Discharge/Fecha de Alta:

1. I authorize the use or disclosure of the Patient's health information, as described below.
Autorizo el uso y divulgación de la información médica del Paciente, de la forma descrita a continuación.

2. The following individuals or organizations are authorized to make the disclosure:
Las siguientes personas u organizaciones están autorizadas a divulgar la información médica:

- Methodist Dallas Medical Center
Methodist Mansfield Medical Center
Methodist Charlton Medical Center
Methodist Richardson Medical Center

3. The type and amount of information to be used or disclosed is as follows: (Please Check):
El tipo y la cantidad de información que se usarán o divulgarán serán las siguientes: (Por favor, marque lo que proceda):

- History & Physical/Antecedentes y Examen Físico
Discharge Summary/Resumen de Alta
Operative Procedures/Procedimientos Operativos
Pathology Report/Informe Patológico
Laboratory Reports/Informes de Laboratorio
X-ray/Imaging Reports/Informes de Rayos X/Diagnóstico
X-ray Film/Placas de Rayos X
Echocardiogram/Ecocardiograma
Clinic Records/Informes Clínicos
ER Records/Informes de la Sala de Emergencia
Entire Health Record/Expediente Médico Completo
Pathology Slides/Blocks/Portaobjetos/Cortes Microscópicos de Patología

\*\* I have been informed that the release of my original pathology specimen for further testing may result in the remaining sample being rendered unusable for further testing at Methodist Hospitals of Dallas (i.e. all of specimen is used or lost or specimen integrity not maintained). Despite these risks, I hereby give my consent for the release of my remaining specimen to the person or entity listed in this form and agree to release and hold Methodist Hospitals of Dallas harmless from any specimen-related claims resulting from such release.

Other (please describe)/Otros (por favor, descríbalos)

4. I understand that the information in the Patient's health record may include information relating to sexually transmitted disease, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), or human immunodeficiency virus (HIV). It may also include information about behavioral or mental health services, and treatment for alcohol and drug abuse.

Entiendo que la información en el expediente médico del Paciente podría incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Podría, asimismo, incluir información sobre servicios conductuales o de salud mental y sobre el tratamiento para el abuso de alcohol y de drogas.

