



GoodNeighbor
HEALTHCARE CENTER

190 Heights Blvd. Houston, TX 77007
Phone: 713-529-3597 Fax: 713-529-2996

**Authorization to Release Protected Health Information/
Autorización para mandar Información
De Salud Protegida**

Patient's Name/ Nombre: _____ Date of Birth/ Fecha de Nacimiento: _____ GNHC Acct.# _____
Social Security #: _____ Previous Name/ Otro Nombre: _____
Address/Dirección: _____ City/Ciudad: _____
State/Estado: _____ Zip Code/ Código Postal: _____ Phone #/No.Telefono (____) _____

**I request and authorize to release healthcare information of the patient named above to:
Yo solicito y autorizo soltar la información de salud del paciente nombrado arriba a:**

Recipient: Name/Nombre: _____
Address/Dirección: _____
City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip Code/Código Postal: _____
Phone #/No. Telefono (____) _____ Fax # (____) _____

From: Name/Nombre: _____
Address/Dirección: _____
City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip Code/Código Postal: _____
Phone #/No. Telefono (____) _____ Fax # (____) _____

This request and authorization applies to the following/ Este pedido y autorización aplica a lo siguiente:

- All healthcare information/ Toda información sobre mi salud.
- A certain specific date / Cierta fecha en específico: _____
- Other in specific/Otro en específico: _____

For the following reasons: Continuity of Care Legal Other (explain) _____
Por las siguientes razones: Seguimiento de Salud Legales Otro (esplique) _____

Definition: Sexually Transmitted Disease (STD) as defined by law, RCW 70.24 et seq., includes herpes, herpes simplex, human papilloma virus, wart, genital wart, condyloma, Chlamydia, non-specific urethritis, syphilis, chancroid, HIV (Human Immunodeficiency Virus), AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), and gonorrhoea.

Definición: Como está definido por ley, RCW 70.24 et seq., enfermedades de transmisión sexual (ETS) incluye herpes, herpes simple, virus de papiloma humano (VPH), verrugas, verrugas genitales, condiloma, Clamidia, inflamación de uretritis, sífilis, cancroide, VIH (virus de la inmunodeficiencia humana), SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), y gonorrea

HIV, STD's, Behavior Health, or Drug and Alcohol Abuse/Treatment information contained within the dates of service I have specified above are to be released through this authorization unless specified below.

La información contenida en las fechas de servicio de VIH, ETS, tratamiento de salud mental, o drogas/ alcohol, serán liberados por esta autorización si no se especifica a continuación.

DO NOT RELEASE/ NO LIBERE: (Check all that Apply/ Anote lo que aplique)

- HIV/ STD's/ VIH /ETS Behavior Health/ Salud Mental Drug/Alcohol Drogas/Alcohol

Revocation: I understand that I may revoke this consent at any time and that the consent will automatically expire six (6) months from the date of my signature. I do not authorize further release to a third party. I understand that once information is released under this authorization the clinic, their employees and my provider(s) cannot prevent the re-disclosure of that information. I understand that I am entitled a copy of this authorization upon my request.

Revocación: Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier tiempo y que el consentimiento se vencerá automáticamente seis meses de la fecha de mi firma. Yo no autorizo la liberación adicional a tercera persona. Entiendo que una vez que la información se libera bajo esta autorización, bajo el dispensario y sus empleados y bajo mi proveedor(es) no pueden prevenir en soltar esta información. Yo entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización al pedir lo.

Date/ Fecha

Signature of Patient/Parent/Conservator/Guardian
Firma del Paciente/Padre/ Conservador/ Guardián

Authority/Relationship to Patient
Autoridad/Relación al Paciente