

**AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE REGISTROS DE TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS DEL PACIENTE**  
**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PATIENT SUBSTANCE USE DISORDER RECORDS**

Para (marque uno)/To (Check One):

- Destinatario individual/Individual Recipient O/OR  
 Destinatario en entidad de tercero pagador/Third Party Payer Entity Recipient O/OR  
 Destinatario en entidad proveedora de tratamiento/Treating Provider Entity Recipient

Nombre del paciente/Patient Name \_\_\_\_\_

Número de teléfono/Phone Number \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento/Date of Birth \_\_\_\_\_

Número de seguro social/SSN: XXX- \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Otros nombres usados/Other Names Used \_\_\_\_\_

Yo, el que suscribe, autorizo la liberación de la información de salud especificada a continuación por/I, the undersigned, authorize the release of the below specified health information by:

[Nombres específicos o designaciones generales de los programas, entidades o individuos de la Parte 2 que tengan permitido realizar las divulgaciones]/  
 Specific name(s) or general designation(s) of the Part 2 program(s), entity(ies), or individual(s) permitted to make the disclosures

Para/To: (Destinatario de la información de salud que aparece a continuación)/Recipient of below health information:

[Nombre de los individuos, entidad de tercero pagador O entidad proveedora de tratamiento que recibirá(n) la información]/  
 Name of Individual(s), Third Party Payer Entity OR Treating Provider Entity that will receive the information.

[Dirección]/Address \_\_\_\_\_ [Ciudad]/City \_\_\_\_\_ [Estado]/State \_\_\_\_\_ [Código postal]/Zip \_\_\_\_\_

[Teléfono]/Telephone \_\_\_\_\_ [Fax]/Fax \_\_\_\_\_

**Información de trastorno por consumo de sustancias a ser liberada, accedida o recibida/Substance Use Disorder Information to be Released, Accessed, or Received:**

(NOTA: el paciente debe colocar sus iniciales)/NOTE: patient must initial

Nota: Si mi información sobre el trastorno por consumo de sustancias contuviera cualquier información de salud mental o VIH/SIDA, entiendo que dicha información se incluirá en la divulgación./Note: If any mental health or HIV/AIDS information is contained in my Substance Use Disorder information, I understand that this information will be included in the disclosure.

- |   |  |  |
|---|--|--|
| _____ Historial y exploración física/<br>History and Physical | _____ Resumen clínico/<br>Clinical Summary                     | _____ Notas de evolución-Terapeuta/<br>Progress Notes-Therapist                      |
| _____ Evaluación psiquiátrica/<br>Psychiatric Assessment      | _____ Diagnóstico/<br>Diagnosis                                | _____ Plan de tratamiento/<br>Treatment Plan   |
| _____ Registros de desintoxicación/<br>Detox Records          | _____ Medicamentos/<br>Medications                             | _____ Órdenes del médico/<br>Physician Orders  |
| _____ Evaluación psicológica/<br>Psychological Evaluation     | _____ Evaluación de emergencia/<br>Emergency Assessment        | _____ Registro SUD completo/<br>Complete SUD Record                                  |
| _____ Informe de consulta/<br>Consultation Report             | _____ Informes de laboratorio/<br>Lab Reports                  | _____ Informe de entrada/admisiones/<br>Intake/Admissions Report                     |
| _____ Informe psicosocial/<br>Psychosocial Report             | _____ Evaluación de enfermería/<br>Nursing Assessment          | _____ Información de colaboración de la familia/<br>Family Collaboration Information |
| _____ Resumen de alta/<br>Discharge Summary                   | _____ Notas de evolución-Médico/<br>Progress Notes-Physician   | (Divulgación verbal solamente)/<br>Verbal disclosure only)                           |
| _____ Resumen del expediente clínico/<br>Face Sheet           | _____ Notas de evolución-Enfermería/<br>Progress Notes-Nursing |  |
| _____ OTROS/OTHER _____                                       |  |  |

**HOSPITAL NAME MUST BE FILLED IN BLANK BELOW**



\*ROI\*



PATIENT IDENTIFICATION

**AUTHORIZATION FOR RELEASE  
 PATIENT SUBSTANCE USE DISORDER RECORDS**

La información anteriormente indicada debe liberarse desde el periodo que se inicia el/ *The above information should be released from the time period beginning* \_\_\_\_\_ y termina el/and ending \_\_\_\_\_.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Continuidad de la atención médica/<br><i>Continuity of Medical Care</i> | <input type="checkbox"/> Escuela/<br><i>School</i>  | <input type="checkbox"/> Interacciones de la familia/<br><i>Family Collaboration Interactions</i> |
| <input type="checkbox"/> Personal/<br><i>Personal</i>  | <input type="checkbox"/> Seguro social/discapacidad/<br><i>Social Security/Disability</i> | (Divulgación verbal solamente)/<br><i>Verbal disclosure only</i> )                                |
| <input type="checkbox"/> Propósitos legales/<br><i>Legal Purposes</i>                            | <input type="checkbox"/> Empleador/<br><i>Employer</i>                                    |   |
| <input type="checkbox"/> Pago/<br><i>Payment</i>   | <input type="checkbox"/> EAP/<br><i>EAP</i>   |   |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento residencial/<br><i>Residential Treatment</i>                | <input type="checkbox"/> FMLA /<br><i>FMLA</i>  |   |
| <input type="checkbox"/> OTROS/OTHER _____   |   |   |

[Describe el propósito de la divulgación tan específicamente como sea posible.]/*Describe the purpose of the disclosure as specific as possible.*

- Para los registros del trastorno por consumo de sustancias, se incluirá un aviso en mis registros liberados según esta autorización que prohíbe la nueva divulgación de los registros conforme a la ley federal sobre privacidad (45 CFR Partes 160 y 164), a menos que la ley lo autorice o lo permita./

*For Substance Use Disorder records, a notice will accompany my records released pursuant to this authorization prohibiting the re-disclosure of the records according to the federal privacy law (45 CFR Parts 160 & 164) unless otherwise authorized or permitted by law.*

- Entiendo que el tratamiento o el pago no pueden estar condicionados al hecho de que yo firme esta autorización, excepto en determinadas circunstancias, como en el caso de participar en programas de investigación o de autorizar la liberación de resultados de pruebas para propósitos de preselección laboral./

*I understand that treatment or payment cannot be conditioned on my signing this authorization, except in certain circumstances such as for participation in research programs, or authorization of the release of testing results for pre-employment purposes.*

- Entiendo que podré revocar la presente autorización de forma oral o por escrito en cualquier momento, salvo en la medida en que se hayan realizado acciones en virtud de dicha autorización. Entiendo que se me podría cobrar una tarifa de procesamiento/recuperación y por las copias de mis historias clínicas de conformidad con la ley que regula los hospitales de Texas./

*I understand that I may revoke this authorization verbally or in writing at any time except to the extent that action has been taken in reliance upon the Authorization. I understand I may be charged a retrieval/processing fee and for copies of my medical records according to Texas Hospital Licensing Law.*

- Esta autorización vencerá pasados ciento ochenta (180) días desde la fecha de mi firma, a menos que yo mismo la revoque antes de dicha fecha o que se especifique a continuación lo contrario debido a otra fecha, evento o condición/

*This Authorization will expire one hundred eighty (180) days from the date of my signature unless I revoke the Authorization prior to that time or unless otherwise specified by date, event or condition, as follows:*

- Se me ha proporcionado una copia de este formulario./  
*I have been provided a copy of this form.*

Firma Paciente o representante legalmente autorizado/Printed Name of Patient or Legally Authorized Representative

Nombre del paciente o del representante legalmente autorizado en letra de imprenta/Signature Patient or Legally Authorized Representative

Relación con el paciente/Relationship to Patient

For Department Use: MRN/Acct#

**HOSPITAL NAME MUST BE FILLED IN BLANK BELOW**



PATIENT IDENTIFICATION

**AUTHORIZATION FOR RELEASE  
PATIENT SUBSTANCE USE DISORDER RECORDS**

Page 2 of 2  
ETHCORP0516 (03/19)